

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 avril 1900, à 1 heure.

PAR

Edmond LIMASSET

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

ÉTUDE

SUR UNE FORME MYÉLOPATHIQUE

DU

BLENNO-RHUMATISME

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. { *POTAIN, professeur.*
GAUCHER et LAUNOIS, agrégés.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1900

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 avril 1900, à 1 heure.

PAR

Edmond LIMASSET

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

ÉTUDE

SUR UNE FORME MYÉLOPATHIQUE

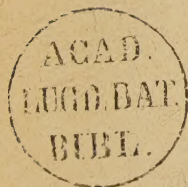
DU

BLENNORRHOÏE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM.

{ POTAIN, professeur.
GAUCHER et LAUNOIS, agrégés.



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs.		MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale.		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BRISAUD.
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale	{	JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Maladies des enfants.		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	{	LE DENTU.
		TERRIER
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements	{	BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN.	VAQUEZ
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH.
BROCA (AUG.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

Mon premier maître

A MA MÈRE, A MA TANTE

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

C'est un devoir bien agréable, pour nous, au moment de soutenir notre thèse de doctorat, que celui d'exprimer toute notre reconnaissance à nos premiers Maîtres de l'École de Médecine et de l'Hôtel-Dieu de Reims.

A MM. les professeurs Henrot, Grandval, Harman, Langlet, Colleville, Hache, Hoël et Guelliot, nous adressons tous nos remerciements. Nous garderons toujours le souvenir des bons conseils et des utiles leçons qu'ils nous ont donnés pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu.

L'École de Médecine de Reims pleure encore la mort de son doyen, M. le professeur A. Decès, qui fut notre premier Maître en clinique chirurgicale. Nous tenons à associer nos regrets à ceux de tous nos camarades qui furent ses élèves.

Nous remercions aussi nos Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté de Médecine de Paris et, tout particulièrement M. le docteur Jacquet, de l'amabilité avec laquelle il nous a accueilli dans son service et de l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter.

Nous désirons témoigner, d'une façon toute spéciale, toute notre gratitude à notre cher Maître, M. le professeur agrégé P.-E. Launois, Après nous avoir guidé dans le choix du

sujet de notre mémoire, il a tenu à nous continuer ses bons conseils, nous facilitant la tâche que nous avions entreprise.

Que M. le professeur Fournier reçoive l'expression de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Si on étudie d'une manière générale les manifestations articulaires de la blennorrhagie, on voit, comme l'a montré le professeur Fournier, qu'elles se présentent avec des caractères cliniques différents et on se rend compte qu'elles n'ont pas toutes la même pathogénie.

Les unes, évoluant comme des *arthrites aiguës*, sont dues, ainsi que l'ont prouvé les examens bactériologiques, à l'apport direct dans les jointures des germes pathogènes, le gonocoque ou les microbes pyogènes qui lui sont associés.

Les autres ont une marche chronique et constituent de véritables *arthropathies*, comparables à celles que l'on observe dans nombre d'affections organiques ou dynamiques du système nerveux.

Parmi ces dernières, il en est qui semblent imputables à des lésions médullaires réelles car elles paraissent s'accompagner de phénomènes myélopathiques non douteux. Il en est d'autres, par contre, qui coexistant avec des manifestations nerveuses passagères, ne semblent pas être symptomatiques de troubles bien profonds du névraxe, et paraissent plutôt trahir une lésion dynamique de la moelle ou des nerfs périphériques.

C'est cette forme *névropathique des arthropathies* observée dans le *blenno-rhumatisme* que nous nous proposons d'étudier dans cette thèse ; elle a été entrevue, dès 1892, par Jacquet et étudiée depuis par lui et par plusieurs auteurs.

Le plan de notre travail se trouve tout entier contenu dans les conclusions du premier mémoire de M. Jacquet (1).

« En résumé, écrivait-il, il me paraît fort possible que les arthropathies blennorrhagiques n'aient pas une origine univoque. L'influence évidente des dépressions du système nerveux, l'association fréquente, plus fréquente qu'on ne le dit et ne le croit, avec des troubles névropathiques (névralgies diverses, troubles de la sensibilité, etc.), l'aspect clinique de certaines formes (forme arthralgique) — la persistance de ces douleurs, leur retour chez des blennorrhagiens guéris, sous la seule influence d'une fatigue nerveuse, enfin, l'absence de microbes dans les épanchements séro-muqueux, font songer assez légitimement à l'origine névropathique de ces arthropathies, peut-être par action sur les centres nerveux d'un poison, d'une toxine fabriquée par les organismes uréthraux ».

Nous nous proposons donc d'étudier certaines arthropathies observées dans le blenno-rhumatisme et de montrer que, par leurs caractères cliniques et leur évolution, elles semblent être en rapport avec les altérations dynamiques de la moelle ou des nerfs périphériques. Nous indiquerons aussi les différents troubles trophiques qui les accompagnent, et en particulier l'atrophie musculaire généralisée, contemporaine des lésions articulaires et les altérations cutanées qui évoluent parallèlement avec elles.

(1) JACQUET. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1892.

HISTORIQUE

Depuis la célèbre discussion qui eut lieu en 1866 à la Société médicale des Hôpitaux, depuis les importants travaux du professeur Fournier, à qui appartient l'honneur d'avoir montré que le système nerveux périphérique et en particulier, *le nerf sciatique*, pouvait être atteint soit au cours, soit pendant la convalescence de la blennorrhagie, de nombreux mémoires furent publiés sur les *complications nerveuses du blenno-rhumatisme*.

Notre intention n'est pas de rappeler ici tous ces travaux, mais de montrer comment s'est dégagée la *théorie nerveuse* de ce rhumatisme, et comment on est arrivé peu à peu à faire intervenir la moelle comme étant l'intermédiaire entre le gonocoque et les manifestations symptomatiques telles que les arthropathies, les cornes cutanées et les atrophies musculaires.

La plupart des auteurs que nous citons au cours de notre étude, admettent l'existence de lésions matérielles de la moelle; nous croyons avec M. Jacquet, que les troubles névropathiques ne sont pas toujours en relation avec des lésions graves de l'axe médullaire.

En 1888, Hayem et Parmentier, dans un mémoire sur les *manifestations spinales au cours de la blennorrhagie* (1), relevant des cas où les lésions myélitiques ne leur paraissent pas douteuses, insistent sur la coexistence fré-

(1) HAYEM et PARMENTIER. *Revue de médecine*. 1888 p. 433.

quente des troubles spinaux et articulaires, mais ne rattachent pas toutefois ces derniers aux troubles médullaires.

C'est depuis 1891, avec le travail de Spillmann et Haushalter (1) que s'affirme l'existence de la méningo-myélite avec arthropathies d'*origine nerveuse*. Ces auteurs cherchent, en effet, à établir le rôle que peut jouer le système nerveux périphérique ou central dans la pathogénie des accidents observés chez leurs malades.

En 1892, Jacquet, se basant sur des faits bien observés édifie la théorie nerveuse du blenno-rhumatisme (2). Pour lui, le rôle du système nerveux dans la pathogénie des arthropathies, est plus important et plus étendu qu'on ne l'avait supposé jusqu'alors; indépendamment des cas où une myélite véritable ne peut être mise en doute, il existerait des *troubles névropathiques* qui, sans aboutir à des lésions manifestement accusées de la moelle, se traduiraient cependant par des symptômes (*névralgies, arthralgies, troubles de la sensibilité*) qui dénotent l'atteinte portée au système nerveux.

L'année suivante, Vidal (3), se ralliant au diagnostic de rhumatisme blennorrhagique avec troubles trophiques, fait par Jacquet, qui avait donné ses soins au malade, publiait une observation « *d'éruption généralisée et symétrique de croûtes cornées avec chute des ongles, d'origine blennorrhagique coïncidant avec une polyarthrite de même nature* ».

En 1895, Jeanselme (4) publie une observation nouvelle : partageant les idées de Jacquet, et ne considérant pas les arthropathies et les troubles cutanés comme une manifesta-

(1) SPILLMANN et HAUSHALTER. *Rev. de méd.* 1891 p. 631.

(2) JACQUET. *Ann. de dermat. et de syph.* Juin 1892.

(3) VIDAL. *Ann. de dermat. et de syph.* 1893, p. 3.

(4) JEANSELME. *Pres. méd.* 1895.

tion directe de la chaudepisse, il fait intervenir le système nerveux, comme l'intermédiaire nécessaire entre celle-ci et les altérations de la peau.

En 1897, Jacquet (1) fait ressortir à nouveau le rôle du système nerveux et montre que l'arthropathie peut être considérée comme un trouble trophique de l'articulation au même titre que les autres manifestations musculaires ou cutanées qu'on observe au cours de l'arthro-blennorrhagisme. Les lésions des jointures, celles de la peau, celles des muscles seraient des manifestations associées, dues à une même influence nerveuse trophique.

Chauffard (2) donne, la même année, la description d'une infection blennorrhagique grave, avec productions cornées ; il fait remarquer combien est frappante la similitude clinique de toutes les observations de blennorrhagisme infectieux. Tout en admettant la grande part qui revient au système nerveux, Chauffard est moins affirmatif que Jacquet sur l'origine trophique des lésions cutanées et en particulier de la dermite hyperkératosante qu'il décrit avec beaucoup de soin.

En 1899, Miliau (3) publie un exemple d'une forme myélopathique du blenno-rhumatisme et conclue à l'existence d'arthropathies d'origine nerveuse.

Le dernier fait a été rapporté par Launois (4) à la Société médicale des Hôpitaux, le 21 juillet 1899. Parmi les manifestations morbides constatées chez son malade M. Launois met surtout en relief les arthropathies, leur symétrie, l'amyotrophie généralisée, les croûtes cutanées et les autres troubles observés du côté de la peau et range sans hésita-

(1) JACQUET. *Bul. de la Soc. méd.* Janvier 1897.

(2) CHAUFFARD. *Bul. de la Soc. méd.* Avril 1897.

(3) MILIAU. *Presse médicale*, 29 avril 1899.

(4) LAUNOIS. *Bull. de la Soc. de méd.* 27 juillet 1899.

tion dans le groupe des troubles trophiques, ces lésions diverses qui lui ont paru évoluer sous l'influence d'altérations plutôt dynamiques du système nerveux.

Nous avons pu observer, à l'hôpital Hérold, et suivre pendant plusieurs mois le malade qui fit l'objet de la communication de notre maître M. Launois. Ce fait a été la raison déterminante des recherches que nous avons consignées dans ce travail.

ÉTUDE CLINIQUE

L'apparition des phénomènes nerveux dans le cours du blenno-rhumatisme est précoce : c'est assez souvent du 10^e au 15^e jour après le début de l'infection gonococcique qu'on constate les premières manifestations. Mais les exceptions sont nombreuses, et les accidents ne coïncident pas toujours avec la période la plus aiguë de l'écoulement. Souvent, en effet, ils font leur apparition quand celui-ci est réduit à la simple goutte militaire et est si insignifiant que le malade en ignore l'existence. Parfois aussi, c'est trois ou quatre mois après la cessation complète de la blennorrhagie, que les symptômes font leur apparition.

Il nous paraît utile de faire remarquer que c'est souvent à la suite d'un surmenage excessif, de veilles prolongées, d'excès de toutes sortes, qu'on voit survenir les accidents. Il semble que tout ce qui peut amener la déchéance de l'organisme et en particulier celle du système nerveux favorise leur évolution.

Quelques faits semblent le démontrer d'une façon bien évidente :

Un malade de M. Jacquet, cocher de fiacre fut pris de conjonctivite et ressentit des douleurs violentes dans les hanches et les épaules quelques jours après s'être surmené et avoir passé des nuits sans se reposer. Il avait eu une première chaudepisse trois ans auparavant et n'avait pas vu de femmes depuis bientôt six mois et demi. Il n'avait qu'un

écoulement peu abondant, dont il ignorait l'existence (*Annales de dermatologie*, 1892).

Un autre blennorrhagien, dont l'observation est rapportée dans la thèse de Do Amaral (1), atteint d'une polyarthrite déformante progressive, voit la réapparition de son écoulement presque à la reprise de chaque coït. Il a même vu l'écoulement se produire un peu après un coït unique pratiqué avec un condom et les arthropathies survenir dans les deux jours.

Dans ce même travail se trouve rapportée une intéressante observation due au professeur Fournier. C'est celle d'un étudiant brésilien chez qui chaque coït était invariablement suivi — et presque immédiatement — de recrudescence des douleurs « si bien que le malade qui prend son mal philosophiquement, chaque fois qu'il a des rapports sexuels, commande qu'on lui apporte le lendemain matin son déjeuner au lit. »

Le malade que nous avons observé à Hérold (Obs. V), était dans le même cas : chaque coït était suivi d'écoulement qu'accompagnaient bientôt des douleurs diffuses dans les membres, des arthropathies, une perte d'appétit et de force et l'impossibilité de se mouvoir.

Dans une autre de nos observations (Obs. VI), c'est une année environ après la disparition complète des accidents consécutifs à sa première chaudepisse que surviennent — chez un blennorrhagien — des douleurs aussi vives et aussi tenaces que les premières. Cette recrudescence de la maladie était due au surcroît de fatigues que notre patient avait endurées au moment des fêtes russes et aussi aux excès de boissons qu'il avait faits. Ce même sujet une fois guéri, et dont l'état général était de nouveau excellent, vit

(1) DO AMARAL, Thèse de Paris, 1891.

survenir un deuxième écoulement, suivi, lui aussi, de troubles articulaires, le lendemain d'un rapport sexuel *bref*.

Nous ne voulons pas multiplier les exemples ; ceux que nous venons de donner nous suffisent pour montrer l'influence néfaste du surmenage — même bien longtemps après les accidents primitifs — sur la réapparition des douleurs névralgiques ou arthralgiques : nous devons toutefois faire remarquer aussi que, dans la plupart des cas, la muqueuse uréthrale n'était pas intacte puisque les urines contenaient toujours quelques filaments muqueux, indice d'une urétrite chronique.

Douleurs. — Parmi les manifestations symptomatiques, les *sensations douloureuses* sont les premières en date. Elles se manifestent d'abord sous forme de douleurs vagues siégeant dans les bras, les épaules, les muscles du thorax, les masses sacro-lombaires et la partie antérieure et interne des cuisses. Elles sont plus ou moins continues mais présentent des périodes d'exacerbation revenant sous forme de crises. Elles occupent parfois les articulations, celles du coude, du genou, du cou-de-pied, sans qu'il y ait toutefois lésion des jointures, car il ne s'agit pas, en pareil cas, d'arthrites mais d'arthralgies. On a signalé, dans certains cas, l'apparition de phénomènes avant-coureurs, tels que des élancements, des fourmillements et un certain degré d'inhabilité des membres. Dès maintenant, nous tenons à faire remarquer que ces douleurs sont le plus souvent bilatérales, ce qui semble indiquer déjà que le système nerveux est intéressé.

A côté de ces douleurs spontanées, la palpation méthodique a permis de constater la fréquence de douleurs neuromusculaires qui ont une modalité clinique bien particulière. M. Jacquet, qui les a recherchées méthodiquement a remar-

qué — et nous a bien souvent montré — que chez un grand nombre de blennorrhagiens, il existe une hyperesthésie excessive localisée à un segment de membre ou disséminée à un membre entier, souvent même à tout le corps.

Les muscles, contrairement à ce que disait Rollet, sont plus souvent atteints qu'on ne le croit « sur mes trente-neuf malades, dit M. Fournier, il en est huit qui accusèrent des douleurs évidemment musculaires, douleurs affectant les masses lombaires, les muscles de la nuque, ceux du dos, ceux de l'avant-bras, le deltoïde, le grand pectoral, etc. Dans un cas, un véritable torticolis, et dans un autre un violent lumbago unilatéral, coïncidaient avec des manifestations diverses du rhumatisme blennorrhagique ».

Le 21 mai 1897, M. Jacquet présentait à la Société médicale des Hôpitaux, un jeune homme de dix-neuf ans, atteint d'une chaudepisse, entré dans le service du professeur Bouchard pour une violente douleur abdominale à maximum hypogastrique. Cette douleur chez ce malade, qui n'avait pas de fièvre, après avoir débuté par les lombes, s'étendit à l'abdomen, aux attaches musculaires costales, puis à la gorge *sans aucune rougeur, sans nul exudat pendant deux jours et demi*, et enfin aux muscles du cou. Pour cet auteur l'influence de la chaudepisse sur le système musculo-fibreux est incontestable et il n'hésite pas à admettre à côté de myalgies s'accompagnant d'arthro-rumatisme l'existence d'une forme musculaire pure (1).

La douleur au lieu d'être diffuse peut quelquefois se localiser en un point, en particulier au niveau du talon.

La *tatalgie* sur laquelle le professeur Fournier a, dès 1869 attiré l'attention et dont Jacquet (2) nous a donné depuis

(1) JACQUET. *Société médicale des Hôpitaux*, 21 mai 1897.

(2) JACQUET. *Société médicale des Hôpitaux*, 5 mars 1897.

les caractères, est un des symptômes les plus fréquents du blenno-rhumatisme, nous dirions volontiers que c'est un des plus tenaces. Elle est remarquable en effet, par son extrême persistance pouvant durer longtemps encore après tous les autres symptômes et constituer une véritable infirmité. Elle apparaît souvent quelques jours après le début de l'infection gonococcique, mais parfois à une période avancée, alors que le malade n'est plus porteur que d'un suintement urétral (goutte militaire).

Nous ne parlerons ici que de l'élément douleur, de la tatalgie sans déformation apparente du talon, nous réservant d'étudier plus loin l'hypérostose calcanéenne qui l'accompagne dans grand nombre de cas.

Souvent en effet la douleur est le trouble unique. Elle se présente avec des degrés divers d'acuité : quelquefois elle est sourde, partant d'un point situé à la face inférieure et au milieu du calcanéum pour s'irradier de bas en haut vers les muscles du mollet ou vers la plante des pieds ; d'autres fois elle est vive, lancinante, faisant souffrir le malade même au repos ; dans tous les cas, elle est exaspérée par la pression et la station debout. La marche devient alors intolérable et le malade est presque condamné à l'immobilité.

A l'occasion de la moindre fatigue, la tatalgie est accompagnée d'un gonflement de toute la région.

D'après Jacquet, la pression du calcanéum réveille la douleur en deux points maxima : 1° à l'attache calcanéenne du tendon d'Achille, mais rarement limitée là et se diffusant plus ou moins haut sur le tendon lui-même ; 2° sous le talon, au niveau des tubérosités calcanéennes, mais rarement aussi localisée à ce point et se diffusant plus ou moins vers la plante.

Cette douleur qu'on avait tout d'abord attribuée à l'inflammation des bourses séreuses rétro et sous-calcanéennes,

se retrouve souvent aussi dans la zone d'insertion du tendon d'Achille et des aponévroses plantaires. Jacquet montre qu'elle ne répond pas toujours aux points où siègent les bourses séreuses, qu'elle est souvent diffuse et irradiante. Sur 13 observations de talalgie blennorrhagique qu'il a réunies, cet auteur dit n'avoir pas constaté une seule fois l'hygroma sous et rétro-calcanéen ; pour lui, elle doit être rattachée soit à un rhumatisme ostéo-fibreux du tendon d'Achille, et des aponévroses plantaires, soit à une ostéite du calcanéum. « *En effet, tendons et aponévroses, riches en nerfs, de sensibilité pathologique exquise, jouent dans la douleur rhumatismale un rôle prédominant, bien que méconnu au profit des synoviales.* Ce rôle, je l'ai invoqué pour expliquer dans le blenno-rumatisme, la *coccycodynie*, la douleur du *fibro-cartilage nasal et des apophyses épineuses*. Depuis, j'ai retrouvé maintes fois ces localisations douloureuses, et d'autres encore, qu'aucune inflammation synoviale, ne saurait expliquer, et je n'hésite plus à considérer la talalgie non déformante comme le premier degré de la talalgie hyperostosante et dépendant comme elle d'une même cause ; le rhumatisme ostéo-fibreux, avec un travail d'ossification encore inappréciable ».

Parmi les caractères de la talalgie, il en est un que nous tenons à mettre en valeur, c'est la *bilatéralité* ou pour mieux dire, la *symétrie*.

En dehors du talon, il existe *d'autres points du pied* où la pression détermine des sensations douloureuses. On les provoque en exerçant une pression sur un point siègeant sur son bord interne au niveau du scaphoïde (point signalé par Lévy) (1) ; sur deux autres points que l'on rencontre beaucoup plus fréquemment au niveau des têtes du 2^e et

(1) LÉVY. Th. de Paris, 1897.

5° métatarsien. Souvent même toute la plante du pied située sous les articulations métatarso-phalangiennes est le siège de sensations pénibles.

Jacquet, recherchant avec le plus grand soin, le siège des manifestations douloureuses a trouvé d'autres localisations qui sont fort importantes à connaître. Il signale, en effet, comme on a pu le voir dans ces quelques lignes citées plus haut, comme pouvant être douloureuses à la pression, les régions suivantes : le fibro-cartilage du nez à son union avec les os propres, l'insertion du raphé ano-coccygien au coccyx, l'apophyse épineuse de la troisième lombaire. « En ces divers points, la pression éveillait une sensibilité très vive qui existait encore sept ou huit mois après la guérison. Chez le même sujet, ces points douloureux fibro-osseux ou fibro-cartilagineux se réveillèrent à la suite de fatigues et d'émotions morales, sans nouvelle chaudepisse et sans autres manifestations, trois ans après la crise de rhumatisme blennorrhagique, et persistèrent ainsi pendant près d'un mois ».

Névralgies. — Les douleurs peuvent aussi se localiser le long du trajet d'un nerf ; la localisation la plus fréquente est celle qui se fait sur le sciatique. Nous ne croyons pas devoir insister sur la symptomatologie de cette variété de névralgie dont le professeur Fournier nous a donné une description détaillée (1) et dont l'étude a été reprise maintes fois depuis. Nous dirons seulement que la *sciatique blennorrhagique* diffère de la sciatique commune par son explosion plus soudaine. En général, les douleurs très vives pendant deux ou trois jours, se calment déjà vers le quatrième ou le cinquième, pour disparaître presque totalement

(1) FOURNIER. De la sciatique blennorrhagique. *Union médicale*, 1868.

en quinze ou vingt jours, laissant souvent derrière elles une sensation d'engourdissement et de fourmillements. Elle offre les mêmes points douloureux que la sciatique vulgaire bien que toutefois, d'après Brisson, les points classiques de Valleix se retrouvent très rarement au-dessous du creux poplité.

La *névralgie crurale* est moins connue que la précédente peut-être parce que ses symptômes sont souvent moins accusés, les douleurs moins vives, mais surtout parce qu'on l'a moins recherchée.

Elle coexiste souvent avec la sciatique, mais elle peut demeurer isolée, ainsi que le démontrent les faits publiés par Tixier (1) (1866) par Coutagne de Lyon (2) (1870) et par Hayem et Parmentier en 1888 (3). La douleur qui s'étend du pli de l'aîne à la rotule, descend rarement au-dessous du genou.

Chez un malade que nous avons vu dans le service de M. Jacquet, et déjà soigné par ce dernier, quelques mois auparavant pour des accidents blennorrhagiques, il y avait coexistence d'une névralgie du trijumeau et d'une névralgie sciatique, imputables toutes deux à la blennorrhagie. On a signalé encore des névralgies intercostales et même la névralgie du testicule.

Arthralgies. — Les arthralgies sont si fréquentes dans le cours du blenno-rhumatisme que Fournier n'a pas hésité à faire, de la forme arthralgique, une forme spéciale des arthropathies. Elles peuvent être observées à l'état aigu, au plus fort de la chaudepisse, mais c'est le plus souvent pendant la période chronique qu'elles apparaissent. De toutes les articulations, les plus douloureuses sont celles du

(1) TIXIER. *Thèse de Paris*, 1866.

(2) COUTAGNE. *Annales de dermatologie*, 1870, p. 303.

(3) HAYEM et PARMENTIER. *Revue de méd.* 1888.

genou, du cou-de-pied, des orteils, celles, en un mot, qui sont le siège d'une fatigue fonctionnelle. Les articulations scapulo-humérales, du coude et du poignet, les articulations des doigts sont plus souvent indemnes.

Les sensations douloureuses sont variables dans leur localisations, elles peuvent occuper plusieurs jointures à la fois ou passer de l'une à l'autre. Dans certains cas, elles sont si vives que le malade supporte difficilement le poids des couvertures, comme d'autres fois, elles sont sourdes et le gênent plutôt qu'elles ne le font souffrir. Tel malade ne ressent rien quand il est couché et souffre dès qu'il se lève. Les articulations ne sont ni tuméfiées, ni rouges, ni déformées. Il n'y a pas de fièvre. Dans certains cas, dit Fournier, ces douleurs articulaires subissent des recrudescences, lorsque le suintement urétral est ravivé par une excitation quelconque; la gêne fonctionnelle comme d'ailleurs la douleur est généralement plus accusée le matin, au sortir du lit, que le soir. Il semble que les mouvements, qu'un léger exercice soient, en pareil cas, plutôt favorables. Pour M. Jacquet, il ne serait pas douteux que ces manifestations arthralgiques soient en rapport avec l'irritation des fines ramifications nerveuses de l'articulation.

Les deux observations suivantes que nous avons recueillies à Saint-Louis se rapportent à ces névralgies et arthralgies bennorrhagiques.

OBSERVATION I

(Hôpital Saint-Louis. Service de M. le Docteur JACQUET. *Personnelle*).

Névralgies sciatique et crurale.

G..., Henri, 19 ans, garçon de café, entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Jacquet, le 6 novembre 1899, se plaignant de douleurs dans les membres inférieurs.

Il n'y a pas d'antécédents rhumatismaux dans sa famille. Son père, ses frères et sœurs sont en bonne santé ; sa mère est morte tuberculeuse. Il n'a fait aucune maladie sérieuse dans son enfance, et n'a jamais eu de rhumatismes.

Dans les premiers jours de juillet, il contracta une forte blennorrhagie. L'écoulement urétral était abondant, les mictions douloureuses. Il resta néanmoins quinze jours sans se soigner et continua son travail jusqu'à ce que les douleurs devenant intolérables, le malade qui maigrissait et perdait ses forces, se décida à entrer dans le service de M. Jacquet, le 10 août.

On lui ordonna alors des lavages uréthraux avec une solution de permanganate de potasse au 4/1000^{me}, le régime lacté et le repos au lit. L'écoulement tarissait par moments, pour reparaitre, toujours verdâtre et épais dès que l'on suspendait les injections. Il fut rebelle également à l'opiat qu'on fit prendre au malade pendant quinze jours, et ce n'est qu'après des injections de protargol — trois par jour, — faites pendant trois semaines, que l'écoulement devint plus liquide, blanchâtre et moins abondant. Il y avait dans les urines de nombreux filaments.

Le 22 octobre, le malade quittait l'hôpital, et deux jours après sa sortie, il ne lui restait plus qu'une goutte matutinale.

Il reprit son métier quelque temps après, faisant le service de la cave. C'était un travail fatigant qui l'obligeait à rester debout de 8 heures du matin à minuit, à monter et à descendre plusieurs fois dans la journée. En montant, dans un escalier difficile, une lourde charge, il ressentit une brusque et vive douleur bien localisée au milieu de la cuisse gauche. La jambe « lui fit défaut, » et il faillit tomber.

A partir de ce moment, ce point devint le siège d'une vive douleur continue, surtout exaspérée par la station debout et, dans la soirée, deux autres points douloureux se réveillèrent sur le trajet du sciatique gauche, dans la masse musculaire du jarret et derrière la malléole externe, le long de la gaine des péroniers. La marche devint pénible. Malgré tout, le malade continua son travail, mais deux jours après, les douleurs s'accroissant, il est obligé de rentrer pour la seconde fois dans le service.

7 novembre. Le malade est pâle, la figure est amaigrie, mais le corps est bien musclé et vigoureux. Depuis son départ de Saint-Louis, il a été très sobre et n'a pas fait d'excès.

Des élancements douloureux, spontanés, traversent le *membre inférieur gauche*, partant du point que le patient a senti pour la première fois et suivant le trajet du sciatique. Les masses musculaires du

mollet sont surtout parcourues par des douleurs migratrices. Les points ischiatique, rétro-trochanterien et le point fémoral supérieur, ne sont que peu sensibles à la pression, mais les autres points de Valleix, et d'une façon toute spéciale, le point fémoral moyen, sont très douloureux. A ce niveau d'ailleurs, existe une douleur continue.

Le genou n'est pas tuméfié, il est indolore et ses mouvements sont libres.

Le cou-de-pied est un peu gonflé, et comme les mouvements de son articulation sont douloureux, le malade évite de remuer le pied. Il éprouve une douleur persistante à la pointe de la malléole externe et le long de la gaine des péroniers sur une hauteur de dix centimètres environ ; la malléole interne n'est douloureuse qu'à la pression. Il existe un autre point très sensible au niveau de l'insertion du court péronier latéral sur l'apophyse du cinquième métatarsien. Le malade n'a pas de tatalgie, pas d'hypertrophie du calcanéum, pas de déformation du pied.

En avant, la zone innervée par le crural est douloureuse à la pression, qu'on exerce sur les masses musculaires de la cuisse et de la jambe. Si l'on pince les muscles, on provoque une vive douleur.

La jambe droite est beaucoup moins atteinte que la gauche. Seule, une douleur fixe enserre le cou-de-pied, comme un bracelet, avec maximum d'acuité à la partie postéro-inférieure des deux malléoles. La région n'est pas tuméfiée.

L'examen de la *sensibilité* sous tous ses modes, dans la partie supérieure du corps, ne révèle aucun trouble. Aux membres inférieurs, la jambe *gauche* est un peu moins sensible à la douleur et à la température que la droite. La sensibilité tactile est la même partout ; il n'existe aucun trouble trophique ou vaso-moteur.

Les *réflexes rotuliens* sont normaux des deux côtés ; le *réflexe cré-mastérien* est notablement affaibli. A *gauche*, le *réflexe plantaire* est exagéré.

On voit quelques filaments dans les urines.

Les *jours suivants*, le repos au lit, le régime lacté, le siphonage sur le trajet du sciatique amènent vite de l'amélioration : les douleurs spontanées disparaissent les premières, puis bientôt les douleurs à la pression. Seuls, le point malléolaire externe et la gaine des péroniers, à *gauche*, font souffrir le malade.

Le 12, le malade a pu se lever une grande partie de la journée sans se fatiguer, sans souffrir, sans qu'il y ait de gonflement des jambes ou des pieds, et le 20 novembre, sortir du service complètement rétabli.

OBSERVATION II

(Hôpital Saint-Louis. Service de M. le docteur JACQUET. *Personnelle.*)

Arthralgies.

S..., Pierre, 19 ans, garçon d'hôtel, entre le 24 novembre 1899, à Saint-Louis, dans le service de M. Jacquet, pour les douleurs articulaires.

Son père est un grand buveur, sa mère rhumatisante; ses frères et sœurs sont en bonne santé.

Il a eu une rougeole vers l'âge de cinq ans, mais depuis n'a jamais été malade. Il n'a jamais ressenti la moindre douleur.

Au mois d'août 1898, il prend la blennorrhagie. L'écoulement cessa, dit-il, au bout de quinze jours, à la suite d'injections d'eau blanche. Il s'est bien porté pendant toute la fin de l'année mais dans le mois de février, à la suite de fatigues et d'excès vénériens, il ressentit les premières douleurs. Tout d'abord vagues et disséminées dans tout le corps, bien que plus marquées au niveau des jointures, elle ne l'empêchèrent pas de continuer son travail. C'était surtout le matin qu'il se sentait courbaturé, mais une fois « échauffé et dérouillé » il faisait son service sans trop souffrir.

Le mois de mars se passa ainsi, son état s'aggravant plutôt qu'il ne s'améliorait.

Le 5 avril, le malade ressentit des douleurs au poignet droit qui s'accrochèrent à tel point que le 9, il ne pouvait plus se servir de la main. Elles durèrent deux ou trois jours; à peine furent-elles apaisées que le poignet gauche se trouvait pris, puis la cheville gauche. Le malade ne pouvant plus travailler rentre à Saint-Louis le 11.

11 avril. Les douleurs se sont généralisées aux membres inférieurs surtout du côté droit; elles sont très vives et forcent le malade à rester au lit, car la marche les exaspère encore. Le repos les calme dans une certaine mesure.

Les douleurs sont fugaces, localisées à une articulation, à deux exceptionnellement, elles disparaissent au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures pour se porter sur une autre. Sous l'influence du salicylate de soude, à la dose de 2 grammes, elles disparaissent totalement, pour

réapparaître plus violentes que jamais, dès la suppression du médicament.

Alors le coude droit est atteint; le 20 avril les douleurs gagnent le poignet droit, puis prennent ensuite tout le pied, puis successivement le pied gauche, le poignet gauche et la cuisse droite, où elles étaient moins vives. Après avoir repris 4 à 6 grammes de salicylate de soude pendant plusieurs jours, il y eut une seconde accalmie et le 3 mai toutes les douleurs avaient disparu. A cette époque il quitte l'hôpital.

Tous les appareils étaient sains, sauf l'appareil circulatoire. Le cœur était en effet le siège d'une lésion mitrale double.

Dans le courant d'octobre, il fut soigné dans le service pour une affection pulmonaire. Il ne se ressentait plus de ses douleurs. Du 15 au 24 novembre, il reprit son métier de garçon d'hôtel qui l'obligeait à rester debout de 6 heures du matin à minuit. Sous l'influence de la fatigue, il éprouva quelques douleurs dans les deux genoux et fut bientôt obligé de garder le lit, puis de revenir à Saint-Louis.

Le 24 novembre. Les articulations tibio-tarsiennes sont très douloureuses, aussi le malade évite-t-il tout mouvement; les talons sont le siège de douleurs lancinantes ayant leur point de départ au niveau des attaches du tendon d'Achille et qui s'irradient sous la face plantaire de calcanéum. Des douleurs, peu vives, occupent les articulations scapulo-humérales et les masses musculaires de l'omoplate.

Il n'y a aucune déformation articulaire, aucun gonflement péri-articulaire, aucune rougeur de la peau à ce niveau. Les mouvements imprimés aux jointures ne provoquent aucun craquement. Le malade n'a pas de température. Le repos absolu est prescrit.

Le 26, les pieds ne sont plus douloureux, mais dès qu'il veut marcher le patient ressent dans les articulations tibio-tarsiennes, surtout à droite, une douleur très aiguë qu'il compare à un broiement. Les articulations scapulo-humérales ne le font plus souffrir.

Le 27, conjonctivite droite traitée par les compresses chaudes d'eau boriquée.

Le 29. La conjonctivite droite est presque guérie, mais l'œil gauche est pris; on recommence le traitement et elle disparaît le quatrième jour.

A droite. Les masses musculaires de la cuisse, le long du trajet du sciatique, sont douloureuses à la palpation.

La sensibilité à la douleur, au tact et à la température, est un peu émoussée au membre inférieur droit; elle est normale à gauche. Les

reflexes rotuliens, pharyngien, crémastérien et cutanés sont normaux. Il n'y a aucun trouble de la motilité.

L'écoulement urétral n'est pas complètement tari et dans les urines existent des filaments.

Le 14 décembre, la guérison est complète; dès le 9, la *tatalgie* avait disparu, ainsi que les douleurs que le malade éprouvait de temps à autre, dans le genou droit, après avoir marché. Il reste dans le service jusqu'au 25 décembre sans avoir rien ressenti.

Ces névralgies, ces arthralgies peuvent être imputables à des névrites périphériques localisées ou disséminées, et il est difficile, étant donné l'absence d'examens microscopiques des nerfs, de séparer d'une façon catégorique la *sciatique-névralgie*, par exemple, de la *sciatique-névrite*.

Mais la prédominance de l'élément douleur, son apparition soudaine, la palpation du nerf qui n'indique aucun changement dans son volume, sont autant de signes cliniques qui nous font pencher en faveur d'une névralgie ou tout au moins d'une névrite légère, sans altération importante du nerf et sans lésion concomitante appréciable de l'axe médullaire.

On a décrit en effet, dans ces derniers temps, des cas de *polynévrites périphériques* consécutives à la chaudepisse, parmi lesquels nous relèverons les suivants.

Cros (1) en 1894, donna une observation de pseudotabes blennorrhagique, accompagné d'une névrite optique : c'est celle d'un homme sans antécédents héréditaires ayant une blennorrhagie chronique depuis trois ans et qui, un an après l'avoir contractée, fut atteint d'arthropathies, de fourmillements, de faiblesse dans les membres inférieurs amaigris et de troubles visuels, par suite d'atrophie du nerf optique. Ce malade qui marchait en steppant, eut une anes-

(1) Cros. Th. de Montpellier. 1893-1894.

thésie complète de la plante des pieds et un affaiblissement très marqué de la sensibilité aux membres inférieurs ; les réflexes rotuliens avaient disparu.

En présence de ce malade, Cros éliminant le diagnostic de tabes dorsalis, conserve celui de polynévrite sensitive ou pseudo-tabes. Après avoir discuté toutes les hypothèses possibles et après avoir indiqué toutes les raisons qui le poussaient à porter le diagnostic de polynévrite, il conclut que la chaudepisse peut se localiser sur *les nerfs périphériques sans qu'il y ait de lésion apparente du système nerveux central*.

Dans la thèse de Lévy, on trouve encore un exemple de polynévrite généralisée, avec toutefois, prédominance des accidents aux membres inférieurs et dont nous donnons ici le résumé.

OBSERVATION III

(LÉVY. Th. de Paris, 1897. Résumée).

Le nommé Joseph..., âgé de 48 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels ressent huit jours environ après une deuxième blennorrhagie, une *douleur assez forte sous les talons*, qui ne l'empêche pas de continuer son travail. Après avoir servi un grand dîner, il éprouve une grande difficulté à marcher et entre à l'hôpital dans un état cachectique très manifeste et couvert d'une éruption purpurique visible surtout au niveau des jambes.

Dix jours après, il est pris de douleurs dans les deux genoux, principalement au niveau des bourses séreuses pré-rotuliennes et des bourses sur lesquelles glissent les tendons de la patte d'oie ; un mois après il souffre de son poignet droit et des deux hanches.

Puis les épaules se prennent. Il présente également de l'*arthralgie* vertébrale cervicale et de l'amyotrophie surtout localisée aux membres inférieurs, mais les ossements et les muscles de l'éminence thénar sont très amaigris.

Chez ce malade, on constate quelques secousses fibrillaires dans les muscles de la cuisse et de la diminution de la force musculaire.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Le *réflexe* plantaire est intact, les douleurs des genoux empêchent de rechercher l'état des réflexes rotuliens. La station debout est impossible.

Sept mois après environ, le malade commence à marcher en s'appuyant sur des cannes, mais il évite de poser le talon sur le sol, tant est vive la douleur.

A l'examen électrique :

Courants faradiques. Diminution de la contractilité faradique des muscles et des nerfs des membres inférieurs, plus prononcée à gauche, qu'à droite, et intéressant surtout les muscles de la région antéro-externe, les péroniers des deux côtés et le pédieux, à gauche, en particulier : il faut employer des courants très intenses pour obtenir une légère contraction des muscles.

Courants galvaniques. Diminution de la contractilité galvanique des nerfs et muscles des membres inférieurs. Le membre gauche est plus atteint que le membre droit. De plus, dans la région antéro-externe, les muscles se contractent moins que ceux de la région postérieure ; on trouve des contractions lentes, vermiculaires avec inversion de la formule : il y a donc réaction de dégénérescence. Peu de chose du côté des membres inférieurs.

L'année suivante Félix Allard et Henry Meige (1), publiaient un cas analogue qu'ils résument ainsi :

« L..., issu d'une famille neuro-arthritique, est un névropathe rhumatisant, non alcoolique, dont la profession exigeait une station debout prolongée.

« Quinze jours après l'apparition d'une chaudepisse non soignée, L..., fut pris de faiblesse dans les membres inférieurs : une arthrite tibio-tarsienne se déclara quelques jours après, mais la motilité n'a pas cessé d'être troublée dans les membres inférieurs dont les muscles présentèrent dès le début, de l'atrophie avec contractions fibrillaires

(1) Félix ALLARD et Henry MEIGE. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1898.

« notamment aux cuisses. Les pieds sont pendants et déformés (pieds creux); le sujet steppe en marchant.

« La force musculaire est diminuée aux membres supérieurs qui présentent une atrophie légère, plus notable aux mains.

« Les *réactions* électriques sont à peu près normales dans les membres supérieurs, sauf une légère diminution de l'excitabilité galvanique et faradique. Dans les membres inférieurs, le territoire du poplite externe est très fortement atteint aux deux jambes avec prédominance à gauche, où l'excitabilité aux deux courants galvaniques et faradique est absolue. Pas de réaction électrique de dégénérescence.

« La sensibilité offre une diminution à peu près parallèle à celle de la motilité. Le malade a souffert à plusieurs reprises de vives douleurs dans les membres inférieurs suivant le trajet du sciatique et du crural qui sont également douloureux à la pression. Il éprouve à l'occasion des mouvements des crampes vives dans les jambes.

« Les *réflexes* rotuliens sont abolis.

« Comme *troubles vaso-moteurs*, il faut citer le grand dermatisme. Comme *troubles trophiques*, la chute de plusieurs dents et la déformation des pieds.

« Rien d'anormal pour les sphincters.

En présence de la nature, de la localisation et de la marche des accidents nerveux qui ont succédé à l'*infection gonorrhéique*, ces auteurs pensent qu'il s'agit d'un cas de *polinévrite périphérique*, les phénomènes généraux n'ayant jamais été assez graves pour permettre de penser à une méningo-myélite.

Nous croyons, en effet, que dans ces cas, il s'agit encore de polinévrites toxiques, passagères, sans lésions profondes des cordons nerveux et qui doivent être distraites des accidents myélitiques.

En dehors de ces faits, il en est d'autres dans lesquels la lésion nerveuse n'est qu'une traduction d'une lésion de l'axe spinal et doit être rattachée à une lésion médullaire dont la gravité n'est pas en discussion, mais ces faits sont en dehors de ceux que nous avons voulu étudier.

Troubles de la motricité et de la sensibilité. — Les complications nerveuses que l'on rencontre assez fréquemment au cours de la chaudepisse sont caractérisées par des troubles de la motilité, de la sensibilité et de la nutrition.

Dans la forme névropathique que nous étudions, la paraplégie pure avec impotence fonctionnelle absolue ne se rencontre pas et l'immobilité, constatée cependant, est souvent due tantôt à la gêne apportée aux mouvements par les arthropathies, tantôt à ce que le moindre effort que fait le malade réveille ses douleurs. En général, il y a plutôt une simple parésie qu'une véritable paraplégie.

On a remarqué toutefois des *mouvements spasmodiques* dans les membres inférieurs, des *contractions fibrillaires des faisceaux musculaires*, contractures spontanées ou provoquées par le pincement des muscles. C'est ainsi que sur le malade de M. Launois (Obs. V) qui avait une amyotrophie généralisée, on constatait des contractures fibrillaires des faisceaux musculaires qui avaient survécu, contractions réflexes et peu douloureuses. De même, chez le malade de M. Milian (Obs. VII) « les muscles des mollets et des cuisses qui présentaient un degré notable d'atrophie, étaient agités au moindre choc ou même spontanément de mouvements fibrillaires ». Dans cette même observation l'auteur nota de la paraplégie spasmodique.

MM. Jacquet et Milian signalent encore *l'exagération du réflexe plantaire*, la *trépidation épileptoïde*, qui existe également, bien que beaucoup moins accentuée, chez le malade que nous avons vu à Tenon, dans le service de M. Launois et dont nous donnons l'observation (Observation IV).

La piqûre de la plante du pied, dit Milian dans son obser-

vation (faite suivant les préceptes de Babinski) provoque à droite la flexion des orteils ; à gauche l'extension légère d'abord, puis au bout d'un certain temps une flexion très marquée.

Les réflexes rotuliens sont généralement modifiés, mais il est difficile de dire dans quels sens ; le plus ordinairement ils sont exagérés, très rarement diminués ou abolis.

Dans tous les cas, les sphincters sont intacts.

Sensibilité. — Nous ne reviendrons pas ici sur les phénomènes douloureux, souvent persistants, qui accompagnent l'infection gonococcique et que nous avons déjà vus ; nous n'envisagerons que les troubles de la sensibilité cutanée quelquefois modifiée.

Abstraction faite de l'hyperesthésie névro-musculaire, parfois excessive, que l'on provoque chez quelques sujets en piquant leurs muscles atteints entre le pouce et l'index, l'hyperesthésie cutanée est excessivement rare. En général, la sensibilité superficielle — sous ses trois modes — est plutôt émoussée du côté du membre affecté, le malade percevant moins bien les contacts, les variations de température, les pincements ou les piqûres. Cette paresthésie est le plus souvent, limitée aux membres inférieurs, mais elle peut s'étendre cependant à la région hypogastrique. Dans bien des observations aussi, la sensibilité cutanée est conservée aux membres inférieurs comme d'ailleurs sur tout le corps.

Troubles trophiques. — Les troubles trophiques affectent la peau et ses annexes, les os, les articulations et les muscles.

Peau et annexes. — La peau subit de nombreuses modifications, elle présente souvent un aspect luisant, tantôt

elle paraît amincie et adhérente, atrophiée, craquelée, recouverte de fines écailles épidermiques, tantôt au contraire, elle est épaissie. On la trouve ordinairement sèche, mais elle peut se couvrir aussi d'exsudations abondantes, localisées principalement aux jambes et aux pieds.

Les accidents cutanés de la blennorrhagie que Landouzy a désignés sous le nom de « gonorrhéïdes » ne sont pas rares. Outre les éruptions scarlatiniforme et rubéoliforme, les éruptions à caractère d'érythème polymorphe, des poussées de purpura, que nous ne faisons que rappeler, la peau est encore le siège de productions épidermiques toutes spéciales auxquelles on a donné le nom de *cornes cutanées*.

Les cornes cutanées, ou plutôt « les éruptions croûteuses cornées » n'apparaissent pas toujours à la même époque. Jeanselme en a noté l'apparition trois semaines après le début d'une première blennorrhagie, alors que l'écoulement était à peu près nul. C'est trois mois environ à la suite d'un deuxième écoulement, pas encore complètement tari, que les observe Vidal chez son malade. Parfois elles ne se montrent que vers le déclin du rhumatisme ainsi que l'a observé M. Jacquet. Chez notre malade d'Héroid, elles ne se sont développées qu'à la cinquième pullulation gonococcique.

Ces productions cornées ont une consistance variable ; tantôt elles sont molles, tantôt elles sont dures. Dans ce dernier cas, elles ressemblent à une véritable croûte ; elles sont sèches, sans trace d'humidité ni de suintement. Ordinairement pleines, elles sont quelquefois aussi, évidées à leur « base comme des cornes de ruminant ». Elles ont une apparence jaunâtre, de couleur cireuse, demi-transparente. Le sommet est translucide.

De dimensions et de formes bien différentes, aplaties ou saillantes, tantôt elles ont l'aspect d'un cône d'un centimètre

de diamètre (Obs. de Vidal), tantôt leur base a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes à un franc et leur hauteur atteint cinq à dix millimètres. On voit aussi l'éruption se présenter sous forme de simples papules squameuses, de plaques de rupia ou de petits cônes cornés (Obs. de Chauffard). Les unes sont comparables « aux clous de cuivre coniques qu'emploient les tapissiers », les autres rappellent par leur forme et leur relief un massif montagneux couronné de plusieurs pics ». Primitivement distinctes, elles peuvent devenir confluentes et donner lieu à une seule saillie mamelonnée à sommet double, triple et même quadruple ; on a, en miniature, l'image d'un massif montagneux à sommets multiples, comme le représenterait une carte de géographie en relief (Obs. de Jacquet).

Dans certains cas, on a vu les productions épidermiques, constituant de « véritables kératoses », engainer, comme dans un étui, l'extrémité des doigts ou des orteils, et les coiffer d'une véritable calotte cornée. Elles empiètent parfois sur la matrice unguéale et soulèvent l'ongle dont elles ne tardent pas à déterminer la chute. (malades de MM. Vidal, Jeanselme, Jacquet et Launois).

La symétrie de ces lésions comme leur généralisation a été remarquée dans toutes les observations que nous avons analysées. « La peau, écrit Vidal, attire l'attention par une dermopathie tout à fait insolite : c'est une éruption symétrique et généralisée de croûtes dures, cornées, sèches, sans trace d'humidité ni de suintement. » De même Jeanselme indique que, chez son jeune malade, les amas cornés affectaient sur les deux pieds une disposition manifestement symétrique. Les mêmes constatations sont faites dans les observations de Jacquet, de Chauffard. « Ce qui frappe surtout dans ces diverses éruptions des cuisses, dit ce dernier, c'est leur disposition symétrique. De chaque côté, ces

plaques cornées occupent la zone des adducteurs, et les cornes cutanées sont situées au même niveau des deux côtés. Pour expliquer ce fait, on ne peut pas invoquer le contact entre les deux cuisses, car le malade restait constamment les jambes écartées, dans la position du tailleur, à cause des arthropathies ».

Chez le malade de l'hôpital Hérold, ce sont les parties inférieure et interne des cuisses qui sont recouvertes d'une éruption disséminée, caractérisée par de petites élevures se desquamant légèrement; c'est encore le bord interne de chacun des gros orteils qui est le siège d'une prolifération épidermique énorme, disposée sous forme de stratifications.

Si ces éruptions sont d'autant plus abondantes qu'on se rapproche davantage des extrémités — et principalement des extrémités inférieures, — si surtout la région plantaire semble être leur lieu d'élection, elles peuvent aussi recouvrir indistinctement tout le corps.

Dans l'observation de Chauffard, les productions cornées se montrent tout d'abord sur le gland, presque en même temps, sur la partie supéro-interne des cuisses, et très peu de temps après, sur le dos et aux pieds.

Le malade de Jacquet a l'ongle de l'auriculaire gauche soulevé à son extrémité par une masse cornée, épaisse, formée par plusieurs couches stratifiées qui séparent l'ongle du derme sous-unguéal et se prolongent sur les côtés en circonscrivant les bords latéraux de l'ongle. Un sillon de séparation isole cette production cornée du derme sous-unguéal et il semble que ce sillon en se creusant de plus en plus, doit amener à la longue, la chute de cette masse cornée et de l'ongle lui-même. C'est d'ailleurs au dire du malade, ce qui se serait produit dans un avant-dernier rhumatisme et cela pour plusieurs doigts et plusieurs orteils. (Obs. IX).

Jeanselme n'avait constaté ni liseré érythémateux, ni saillie papuleuse à la base de la production cornée ; l'une des cornes évidée intérieurement, s'étant détachée spontanément, n'avait sa place marquée sur la peau que par une tache rougeâtre sèche et non saillante.

« S'il en était ainsi, écrit M. Jacquet (1), cherchant à élucider la genèse dermatologique de ces lésions, il faudrait la considérer comme d'origine exclusivement épidermique et sans analogue dans les productions cornées jusqu'ici connues, qui toutes semblent avoir un substratum dermique. On va voir que telle n'est pas leur origine. M. Vidal avait noté que la face adhérente des croûtes est concave et porte les empreintes des prolongements papillomateux, et quant à nous, qui avons *provoqué* la chute de plusieurs cornes, nous les avons toujours trouvées *évidées*, mais reposant sur des saillies papuleuses, sur lesquelles elles se modelaient, et qui se reliaient à leur surface interne par des prolongements papillomateux et nacrés. Mais, d'autre part, au bout de quelques jours, la saillie papuleuse s'affaissa, les prolongements disparurent, et il ne resta plus qu'une tache rougeâtre, comme dans le cas de Jeanselme ; et si au lieu de provoquer, comme nous le fîmes, la chute d'un de ces deux éléments, nous l'avions *attendue*, il est probable que, comme lui, nous aurions méconnu leur substratum dermique.

« Il s'agit donc en réalité, d'une dermite papillaire diffuse, avec des foyers limités plus actifs amenant *ici*, grâce à l'hyperkératose consécutive les coques cornées continues, *là*, les massifs coniques isolés ou confluents. »

Chauffard (2) a publié le premier examen biopsique de ces petits foyers et a confirmé, dans ses traits principaux, la description clinique de M. Jacquet. Il considère l'affection, en se basant sur les résultats fournis par les examens microscopiques, comme étant une « dermite papillaire hyperkératosante. »

(1) JACQUET, *Soc. méd. des Hôpitaux*. Janvier 1897, p. 102.

(2) CHAUFFARD, *Soc. méd. des Hôpitaux*. Avril 1897, p. 577.

« Après détachement d'un cône corné, l'éminence charnue sous-jacente a été rapidement excisée, fixée et durcie par le liquide de Flemming.

« Une partie des coupes a été consacrée à la recherche des microbes, après coloration par la méthode de Kühne. Le résultat a été *entièrement négatif, ni gonocoques, ni autres germes n'ont pu être décelés sur les coupes.*

« Sur des coupes colorées par l'éosine et par la thionine, et passant par le grand axe vertical du petit cône dermo-épidermique, voici ce que l'on constate :

« La coupe présente, dans son ensemble, l'aspect d'un petit papillome à surface lisse et cornée, et formé par l'intrication et l'emboîtement réciproque de papilles dermiques et de prolongements malpighiens.

« Le derme lui-même paraît sain, formé par l'entrelacement de faisceaux conjonctifs normaux.

« Les vaisseaux dermiques sont faiblement dilatés, et autour d'eux, formant gaine ou collerette. on constate la présence d'assez nombreux leucocytes, surtout vers les extrémités papillaires des anses capillaires. Les lymphatiques sont normaux, et également un peu dilatés.

« Les papilles dermiques sont très allongées, sinueuses, renflées ou bifurquées à leurs sommets. Elles présentent au plus haut degré ces caractères à la partie centrale de la coupe et culminante de la petite tumeur. L'épiderme se limite supérieurement par une couche superficielle cornée, lamellaire et stratifiée, correspondant à la face profonde et adhérente de la production késatosique, et vivement colorée en bleu foncé par accumulation à ce niveau, d'une grande quantité d'éléidine.

« Au-dessous de ces stratifications cornées, on trouve une couche continue d'épithélium malpighien, formant quatre à six couches de cellules au-dessus du sommet des papilles dermiques, et envoyant, dans les interstices de celles-ci, des prolongements villex et allongés.

« Les cellules malpighiennes ont conservé leur volume normal, la fine dentelure de leurs filaments d'union, l'aspect physiologique de leur protoplasma. Mais leurs noyaux sont nettement en voie de prolifération, d'activité karyokinétique, et cela surtout au contact et au voisinage du derme muqueux. Dans cette même région profonde de l'épiderme, d'assez nombreux leucocytes semblent avoir immigré des

« papilles dermiques pour venir se loger dans les interstices épithé-
« liaux.

« Autour des noyaux, peu ou pas d'état vacuolaire, et encore n'est-il
« pas sûr, là où il existe, qu'il ne soit pas dû à l'action un peu trop forte
« d'un réactif aussi énergique que la liqueur de Flemming.

« Rien, en somme, de caractéristique ni de profond dans ces lésions
« de la peau ; une dermite papillaire superficielle, résolutive, accom-
« pagnée d'hyperactivité formatrice et kératénisante de l'épithélium
« malpighien ».

Parmi les *troubles trophiques cutanés*, nous devons signaler encore l'*épaississement* de la plante des pieds qui peut atteindre jusqu'à un centimètre et plus ; les *déformations subies par les ongles* qui augmentent de volume, se marquent de stries longitudinales ou transversales, deviennent à l'état de masse cornée morte, brunâtre qui ne tarde pas à tomber (Obs. de MM. Jacquet et Launois), l'*augmentation du nombre* des poils et la *chute progressive, symétrique et indolore des dents*, relatée dans une observation de MM. Félix Allard et Henry Meige.

Troubles osseux. De toutes les déformations osseuses, les plus fréquentes sont celles du pied. Il est, en effet, le siège des difformités spéciales qui lui ont fait donner le nom de *Pied blennorrhagique* par le professeur Fournier et dont les deux caractères principaux sont l'*aplatissement de la voûte plantaire* et l'*hypertrophie de la région calcanéenne*.

Les pieds forment des masses volumineuses presque informes, dues aux lésions osseuses et articulaires ; ils sont comme *tassés*, épaissis et raccourcis dans leur diamètre antéro-postérieur. Leur point d'appui sur le sol est plus étendu que normalement (Obs. IX).

Les orteils sont également augmentés de volume et prennent les formes les plus variées. Ils peuvent être reje-

tés en dehors, en coup de vent, former une espèce de Z et chevaucher les uns sur les autres (Obs. V). Le gros orteil, en hallux valgus, peut s'insinuer sous le deuxième, le soulever fortement afin de se mettre en contact avec le troisième, de façon à ce que le second orteil soit sur un plan supérieur à tous les autres et fasse une forte saillie à la face dorsale, comme dans le cas signalé par M. Jacquet.

L'hypertrophie du calcanéum, qui contribue à la déformation du pied se retrouve même dans les formes légères du blenno-rhumatisme. Nous avons déjà parlé de la douleur qui siège au talon, dans quelques cas, elle existe seule mais fort souvent elle est accompagnée de cette déformation caractéristique.

Comme toutes les lésions signalées jusqu'ici, celle-ci est ordinairement *symétrique*.

Il y a, comme l'a montré Jacquet, *calcanéite ossifiante* et *hyperostose* évidente au niveau de l'attache du tendon d'Achille et de la facette lisse et cartilagineuse qui lui fait suite. « On conçoit ainsi que l'extrémité inférieure du tendon soit à la fois renflée et refoulée en arrière, de manière à constituer la saillie calcanéenne postéro-supérieure et le sillon qui la sépare de la partie postéro-inférieure de l'os, ou encoche *achillo-calcanéenne*. De plus il est non moins évident que les faces latérales, surtout l'externe, sont hyperostosées, ce qui explique l'accroissement du talon dans le sens transversal ; enfin la tubérosité inféro-externe est anormalement développée, et la douleur sous-calcanéenne des tatalgiques trouve là, elle aussi, un substratum anatomique positif ». Il y a en somme tuméfaction en masse du calcanéum qui en double littéralement le volume et constitue un énorme massif talonnier ».

Les *déformations articulaires* se remarquent surtout dans la forme que le professeur Fournier désignait sous le

nom de *Polyarthrite déformante pseudo-noueuse*, qui a été décrite avec soin par son élève Do Amaral. Cette forme, est rarement primitive et apparaît souvent à la suite de plusieurs attaques de rhumatisme. Les grosses articulations, entre autres celles du genou et du coude, sont les premières atteintes, mais les petites jointures, pour être prises les dernières, ne sont pas épargnées, comme l'ont prouvé les travaux de l'éminent syphiligraphe, et si l'hypertrophie des extrémités épiphysaires du tibia et du fémur est très commune, celle des extrémités épiphysaires des phalanges et des phalanges est loin d'être rare.

Les doigts, si la maladie porte sur l'articulation de la première phalange avec la deuxième, deviennent fusiformes (*doigts en radis* de Fournier).

La face dorsale des mains peut être également le siège de grosses saillies hémisphériques dues à l'hypertrophie des têtes métacarpiennes ; finalement, après plusieurs attaques, la main peut en arriver à offrir la *déformation en griffe*.

Les extrémités osseuses des articulations subissent une augmentation de volume, parfois considérable, et peuvent même être le siège de *végétations ostéophytiques* qui s'attachent à elles par un pédicule plus ou moins volumineux, ainsi que l'ont démontré les recherches radiographiques de M. Achard (Société médicale des Hôpitaux 1896)

A côté de ces *hypérostoses*, il peut y avoir au contraire raréfaction des os, comme le prouvent les mouvements anormaux antéro-postérieurs et de latéralité, que l'on peut faire subir aux surfaces articulaires.

Ces arthropathies sont en général peu douloureuses, à moins qu'on exerce sur elle une forte pression. Elles sont remarquables, comme le disait M. Launois, par leur évolution torpide, par leur généralisation et leur symétrie.

Amyotrophie. — L'amyotrophie accompagne toujours les arthropathies ; mais elle peut exister sans elles. Elle peut rester localisée ou au contraire être généralisée. Dans le premier cas, elle s'observe de préférence dans les muscles des membres inférieurs, ceux des mollets et des cuisses, en particulier. Cette fonte des masses musculaires peut atteindre un tel degré que les mouvements volontaires deviennent complètement impossibles, et que le malade, condamné à l'immobilité absolue, arrive vite à un état voisin de la cachexie.

Le malade de M. Launois nous offre un saisissant exemple de cet état émacié, consécutif à une amyotrophie généralisée. « Il est pâle et décharné, endolori de partout, incapable de faire un mouvement. Les membres atrophiés ne présentent aucun relief musculaire ; à peine au moment des contractions volontaires, quelques cordes viennent elle faire saillie sous les téguments recouverts de longs poils et témoigner de la présence des muscles pour la plupart disparus ». A chaque blennorrhagie, cet amaigrissement devient rapidement considérable, si bien que les mouvements volontaires sont complètement impossibles. Quand, après un effort très grand, le malade cherche à détacher les talons du lit, il est obligé de reconnaître son impuissance fonctionnelle. On voit quelques faisceaux intacts se contracter ; au niveau de la cuisse, le couturier, par exemple, former un étroit ruban qu'on peut suivre jusqu'à ses insertions supérieure et inférieure.

La généralisation de l'amyotrophie, comme d'ailleurs la rapidité de son évolution, ne peuvent être attribuées à l'immobilisation à laquelle est condamné le malade : on l'a retrouvée dans des masses musculaires qui n'avaient aucun rapport anatomique ni physiologique avec les articulations

atteintes ; quelquefois même l'amyotrophie n'a jamais été accompagnée d'arthropathies.

Il en est ainsi dans l'observation suivante que nous avons recueillie à l'hôpital Tenon.

OBSERVATION IV

(Recueillie dans le service du docteur LAUNOIS, hôpital Tenon.

(*Personnelle*)

Le nommé G. V..., âgé de 25 ans, cuisinier, entre à l'hôpital Tenon, le 6 février 1900, salle Parrot, pour des douleurs diffuses occupant tous les membres et particulièrement les membres inférieurs.

Les antécédents héréditaires sont entachés d'arthritisme : son grand-père était goutteux, sa grand'mère maternelle et son père rhumatisants. Sa mère est bien portante mais très nerveuse. Ses frères et sœur sont morts en bas âge.

Dans ses antécédents personnels on trouve une rougeole à six ans, et une fluxion de poitrine à 7 ans, à la suite de laquelle, il est resté longtemps anémié. Il n'a jamais eu la syphilis, jamais de crises nerveuses, jamais de douleurs.

Au commencement du mois de novembre dernier, bien que surmené par son travail, il fait encore quelques excès génitaux. Il contracte une blennorrhagie accompagnée d'un écoulement abondant, de douleurs vives en urinant. Il se soigne par des tisanes et continue à exercer son métier. A partir de ce moment, il supprime toute boisson alcoolique et ne prend que du lait. Un mois après environ l'écoulement était insignifiant.

Le 25 décembre, apparurent en même temps des douleurs spontanées dans les deux cuisses occupant les masses musculaires innervées par le crural. Elles ne furent pas assez vives pour l'empêcher de continuer son travail.

Le 1^{er} janvier, les douleurs s'étendent à tous les membres inférieurs le long du trajet des *sciatiques*. Elles sont plus vives. Les muscles postérieurs de la cuisse et ceux du mollet sont surtout douloureux. Les pieds ne sont pas atteints. Le malade est obligé de garder le lit.

Le 3 janvier, les douleurs se généralisent aux masses lombaires et aux membres supérieurs, sans atteindre toutefois le degré d'acuité qu'elles ont aux membres inférieurs. Le bras droit est atteint le premier et plus fortement que le gauche qui est pris le lendemain.

Le malade soulève difficilement son bras droit et élève avec peine la main à la hauteur de la bouche; la force musculaire des muscles du bras et de la main est bien diminuée.

Les articulations sont intactes.

Toutes ces douleurs sont intermittentes, surviennent par accès et siègent tantôt à droite, tantôt à gauche. Elles sont plus fréquentes dans les jambes. Elles deviennent bientôt si violentes que le malade se décide à entrer à hôpital Beaujon, le 4 janvier.

Il est pâle, d'une faiblesse excessive et a beaucoup maigri.

Sous l'influence du repos absolu, du salol, du copahu et du salicylate de soude, les douleurs diminuent. Il sort de l'hôpital le 12, incomplètement rétabli, se repose huit jours chez lui et reprend son travail.

Le malade pratique le coït, sans qu'il y ait recrudescence de l'écoulement. Quatre jours après, cependant, les douleurs réapparaissent plus intenses que la première fois. Les membres inférieurs sont pris d'emblée et en totalité, à l'exception du pied. L'amaigrissement augmente et, le 2 février, il rentre à Beaujon, où par suite de l'encombrement des salles on ne le garde que deux jours.

Pendant son séjour à l'hôpital, et malgré ses vives souffrances, on ne constate aucune rougeur de la peau, aucune tuméfaction au niveau des articulations qui étaient intactes. Il n'y avait d'ailleurs aucune gêne des fonctions articulaires.

Pas la moindre fièvre.

Le 6 février, le malade entre dans le service de M. Launois, salle Parrot. La journée de son entrée dans la salle, ses douleurs furent plus vives, plus aiguës et plus fréquentes, surtout la nuit.

Le 9 février, les douleurs sont un peu calmées et sous l'influence du sirop de morphine qu'on lui a donné, le patient a eu un peu de sommeil.

Le malade a le teint blafard. Il est anémié, amaigri. Les masses musculaires des jambes et des bras sont fondues en masse et les parties molles de la région sont flasques. L'atrophie ne porte pas sur un groupe musculaire plus que sur un autre.

La peau est d'une pâleur extrême, mais ne présente aucun trouble trophique ou vaso-moteur, aucune éruption.

Tous les mouvements sont possibles, mais sont évités parce qu'ils sont douloureux. De temps en temps, on remarque de petites contractions fibrillaires des muscles des membres inférieurs pendant l'extension. Par suite de l'état de faiblesse des jambes, la locomotion est pénible, le malade traîne les pieds et ne peut marcher que soutenu par une canne. Il lui semble que ses membres se dérobent sous lui et au bout de quelques secondes, il est obligé de s'asseoir.

La station debout est pénible et réveille les douleurs, mais il n'y a pas de talalgie.

Les membres sont le siège de douleurs lancinantes, presque fulgurantes, paroxystiques qui surviennent spontanément et à des intervalles assez rapprochés. Elles sont aussi intenses d'un côté que de l'autre et passent brusquement d'un groupe musculaire à un autre. La nuit elles sont presque continues.

Aux membres inférieurs, les douleurs sont localisées, *en avant*, aux masses musculaires innervées par le crural, aux muscles psoas-iliaque et pectiné, aux muscles antéro-internes de la cuisse.

Le tronc du nerf est particulièrement douloureux.

En arrière, elles siègent le long du sciatique, mais sont plus aiguës à la cuisse et au mollet. Les chevilles sont un peu douloureuses.

Aux membres supérieurs, des douleurs moins intenses occupent le deltoïde, le biceps, la masse musculaire antéro-interne de l'avant-bras notablement atrophiée.

La pression est des plus douloureuses, surtout sur le trajet des nerfs, aux mollets et aux cuisses.

La sensibilité est normale sous tous ses modes : pas d'hyperesthésie, aucun trouble de la température.

Les réflexes rotuliens, olécranien, crémastérien sont exagérés. Il y a un certain degré de trépidation épileptoïde.

Le réflexe pharyngien est conservé.

Il n'y a *pas de troubles trophiques* de la peau où des ongles, mais une atrophie assez considérable des muscles de la main et du mollet. Cette atrophie existe aussi aux membres supérieurs bien que moins nettement accusée : le deltoïde et le biceps sont surtout atteints.

Il n'existe aucune déformation articulaire et toutes les jointures présentent leur aspect normal.

En examinant, le matin, au réveil, l'urèthre du malade, on a constaté, à son entrée, la présence d'une goutte militaire, et de plus, retrouvé

dans son urine les filaments muco-purulents qui sont l'indice d'une uréthrite chronique.

La température est normale.

Les appareils respiratoire et circulatoire sont intacts.

Les fonctions digestives sont bonnes, bien que l'appétit ait notablement diminué.

Traitement. Repos au lit.

Antipyrine. Extrait de quinquina et phosphate de chaux.

Sirop de morphine, pour la nuit.

Bains sulfureux tous les deux jours.

Le 11 février. Depuis l'entrée du malade dans le service, il y a une amélioration progressive, bien que lente. L'appétit revient et les joues reprennent des couleurs. Les nuits sont bonnes bien que depuis deux jours, le sirop de morphine ait été supprimé.

Les muscles reprennent un peu de volume et de consistance, les douleurs s'atténuent et ne surviennent plus par accès violents.

C'est une souffrance vague, fatigante que le malade ressent dans les muscles qui avaient été le plus frappés, souffrance aiguë encore par la pression.

Plus de douleurs lombaires.

Les douleurs des membres supérieurs sont presque nulles.

Depuis deux jours il y a quelques craquements dans les genoux quand on leur fait subir des mouvements d'extension et de flexion.

La marche cependant est beaucoup plus aisée et le malade peut se passer de canne. Il se fatigue toutefois assez rapidement.

La station debout est toujours pénible et éveille même des douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes et coxo-fémorales.

Le 14 février. Depuis 4 jours, l'état est plutôt stationnaire.

Le 20 février. Une amélioration notable est survenue dans l'état du malade qui dès ce jour marche à grand pas vers la guérison.

L'appétit renaît, les nuits sont excellentes et bien que le malade se lève dans la journée, il ne ressent plus aucune douleur, les masses musculaires reprennent leur volume et leur consistance normaux et le 40 mars, il quitte l'hôpital.

Dans cette observation, il est quelques manifestations que nous croyons devoir mettre en relief; c'est d'une part l'intensité et la dissémination des douleurs le long des nerfs,

d'autre part la rapidité et la généralisation de l'amyotrophie et enfin l'exagération des réflexes.

La notion d'une blennorrhagie antérieure et récente, la constatation d'une goutte militaire nous ont permis de comprendre la pathogénie et d'établir la filiation des manifestations morbides observées.

PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

Ce qui fait la particularité dominante de la forme myélo-pathique du blenno-rhumatisme, que nous étudions, c'est son évolution vers une guérison presque toujours complète.

Dans les formes légères (névralgies, arthralgies) le pronostic est, en effet, des plus bénins et la guérison est la règle. Certaines douleurs cependant persistent parfois très longtemps (talalgie, douleurs aux attaches métatarsiennes) et sont réveillées à la suite d'une fatigue, d'un surmenage nerveux, souvent même sans qu'il y ait eu de nouvelle poussée d'infection gonococcique.

Si, dans sa forme grave, le blenno-rhumatisme se manifeste par des troubles alarmants, s'il condamne, pendant un certain temps, le malade à une impotence absolue, s'il peut même conduire à la cachexie, il n'a heureusement pas un pronostic aussi sombre qu'on pourrait le penser tout d'abord. On voit souvent, en effet, les articulations atteintes reprendre leurs caractères normaux et retrouver leurs fonctions physiologiques. Il en est de même des troubles trophiques qui disparaissent avec une plus ou moins grande rapidité.

M. Jacquet a beaucoup insisté sur la bénignité relative de ces formes d'arthro-blennoragisme, sur leur marche vers la guérison, même chez des malades qui semblaient s'acheminer vers la cachexie et la mort.

Le malade, que M. Chauffard présenta à la Société médicale des Hôpitaux, se rétablit, bien qu'il ait présenté des

arthropathies nombreuses et graves qui ne permettaient guère de prévoir un résultat aussi heureux. De même, M. Duflocq, à l'appui de cette évolution particulière de ces arthropathies, citait le cas d'un homme qui, ayant présenté des arthrites généralisées à presque toutes les articulations, avec déformations et atrophies musculaires qui le clouèrent au lit de longs mois, était absolument rétabli quand il le revit deux ans après. Toutes les articulations avaient repris leur souplesse et leurs mouvements physiologiques, il n'y avait aucune déformation appréciable des jointures et les masses musculaires avaient récupéré leur volume.

Même résultat également heureux, malgré la gravité du pronostic qui avait été primitivement porté, chez le malade que notre maître, M. Launois, présenta à la Société des Hôpitaux le 21 juillet 1899. L'amélioration constatée au bout d'un mois s'accrut tous les jours, les mouvements jusque-là impossibles augmentèrent progressivement d'étendue et les déformations articulaires rétrocedèrent peu après. Quand nous l'avons revu, six mois après, les muscles avaient repris de la fermeté et du volume. La plupart des déformations avaient disparu, les troubles nerveux étaient bien diminués et les réflexes, bien que encore exagérées, l'étaient beaucoup moins.

M. Rendu a résumé de son côté, l'histoire d'un malade qu'il avait observé en 1878 et qui après une blennorrhagie eut une atrophie musculaire généralisée et des arthropathies multiples. Ce malade, après un séjour de trois mois dans le Midi et un traitement bien dirigé, guérit complètement et revint dans un état satisfaisant. Il n'éprouvait plus qu'un peu de fatigue musculaire et de raideur articulaire.

L'amélioration inespérée, la guérison souvent même complète, contrastant avec l'étendue et la gravité des manifestations symptomatiques, ne sont-elles pas la preuve que si

le système nerveux est lésé, il ne l'est que d'une façon passagère et toute superficielle.

Comme nous venons de le voir, la bénignité de ces troubles divers contrastant avec leur généralisation, est donc un des caractères principaux de la forme que nous essayons de dégager parmi celles que revêt, dans son évolution, le blenno-rhumatisme.

Parmi les manifestations nerveuses du rhumatisme blennorrhagique, il en est en effet d'autres qui sont plus graves de par leurs caractères cliniques et de par leur pronostic. Il existe, dans la littérature médicale, d'assez nombreuses observations dans lesquelles, les symptômes relevés, semblent plaider en faveur d'altérations véritables du névraxe et justifier l'appellation de méningo-myélites qu'on leur a donnée.

On peut classer ces observations en trois groupes :

1° Celles où les phénomènes généraux et les troubles spinaux, bien que plus accentués que ceux que nous avons relevés chez nos malades, ne décèlent pas toutefois une lésion bien profonde de la moelle.

2° Dans la deuxième catégorie nous rangerons les cas, où les lésions myélitiques ne nous paraissent pas douteuses, d'après les données cliniques, bien qu'elles n'aient pas été mortelles et confirmées par la nécropsie.

3° Enfin nous terminerons par les cas rares, nous devons le dire, qui ont été suivis d'autopsie.

Parmi les observations du premier groupe, nous résumerons brièvement, entre autres, les faits publiés par Hayem et Parmentier, Chavier et Février. Pour nous, ils se rapprochent beaucoup de ceux que nous avons étudiés et servent de transition entre la forme myélopathique et la forme myélitique.

En 1888, dans leur mémoire, Hayem et Parmentier rap-

portent deux observations de rhumatisme blennorrhagique où les troubles spinaux ont joué le rôle principal.

A partir du moment où ils ont contracté la chaudepisse, leurs malades ont été en but, d'une façon ininterrompue, à une longue série d'accidents. La plupart des articulations furent intéressées, la colonne vertébrale, les genoux, les pieds, les épaules, les coudes, les poignets et les pouces furent pris, la bourse séreuse rétro-calcanéenne, les gaines synoviales des pieds furent également atteintes.

Tous ces troubles coïncidèrent avec des phénomènes spinaux tels que des douleurs dorso-lombaires, des *douleurs en cercle à la base de la poitrine*, des *douleurs fulgurantes* dans les membres inférieurs, de l'hyperesthésie, un affaiblissement de la motilité, de l'exagération des réflexes, de la trépidation épileptoïde et de l'atrophie musculaire.

Malgré cette symptomatologie, les malades reprirent de l'embonpoint et quittèrent l'hôpital dans un état général satisfaisant, les douleurs ayant totalement disparu, sauf au niveau des talons, et l'état des réflexes s'étant notablement amélioré.

Dans l'observation de Chavier et Février (1), il s'agit d'un militaire sans antécédents pathologiques, qui, à la suite d'une chaudepisse eut des douleurs rachialgiques assez violentes, des convulsions cloniques des membres inférieurs très accentuées.

Chez ce malade, les réflexes patellaires étaient exagérés ; il y avait de la trépidation épileptoïde, de la diminution de la puissance musculaire principalement aux membres inférieurs et de l'*hyperesthésie généralisée* à tout le corps ; les sphincters n'étaient pas touchés.

En présence de ces mouvements cloniques très accentués

(1) CHAVIER et FÉVRIER. *Revue de méd.* 1883.

des jambes et du membre supérieur, associés à des autres troubles de la motilité, les auteurs concluent à une manifestation spinale de la blennorrhagie portant sur toute la longueur de la moelle, après avoir débuté par la région cervicale. Dans ce cas encore, la guérison fut assez prompte et le malade put reprendre son service quelque temps après.

A ces faits Spillmann et Haushalter en ajoutèrent deux autres concernant des *arthropathies* et des *manifestations spinales* chez deux femmes enceintes.

Le premier est celui d'une femme qui à la suite d'une vaginite eut des arthropathies des genoux, des douleurs et de l'*hyperesthésie* dans les membres inférieurs, de l'atrophie des muscles de la cuisse et de la jambe, des troubles trophiques profonds de la peau avec *eschare sacrée*.

Le second concerne une lingère atteinte, elle aussi, de vaginite blennorrhagique et qui eut également des déformations des genoux, des douleurs lancinantes dans les jambes, de l'*hyperesthésie*, de la *paraplégie*, de l'atrophie musculaire et une *eschare sacrée*.

Bien que dans ces deux exemples, les malades furent plus gravement atteintes que dans ceux qui précèdent, nous retrouvons toujours la marche vers l'amélioration.

En présence d'accidents aussi intenses qu'ils ne peuvent expliquer par des modifications purement dynamiques des centres nerveux, Spillmann et Haushalter pensent que la moelle ou les nerfs périphériques doivent être intéressés organiquement et rapportent tous les symptômes observés, à la méningo-myélite diffuse. Toutefois, ces auteurs ont été frappés de voir les accidents si bruyants du début finir par disparaître. Ils reconnaissent que les lésions ont dû être peu profondes et que, dans ce cas, la myélite a une évolution

bien particulière, qui dépend peut-être de la cause encore inconnue qui, dans la gonorrhée agit sur la moelle.

Les lésions de myélite nous paraissent être plus probantes dans les observations suivantes que nous allons résumer et qui forment notre second groupe.

L'observation de Trapeznikov (1) est celle d'un jeune homme de 24 ans qui, quatre semaines après le début d'une première chaudepisse présenta des signes d'une lésion médullaire, *bien qu'il n'eut jamais d'arthrite blennorrhagique*. Chez lui, on observa de la parésie des membres inférieurs, de la *paralysie vésicale* avec rétention d'urine, une *constipation opiniâtre*. Les réflexes rotuliens étaient exagérés ; il y avait de l'*anesthésie* des membres inférieurs. Après une semaine de traitement actif, tous ces symptômes disparurent mais firent place à une *polyurie* qui dura trois semaines.

Le malade sortit de l'hôpital à peu près rétabli, mais eut longtemps encore des récidives d'incontinence d'urine et des matières fécales.

Polozoff (2), rapporte le cas d'un soldat d'infanterie atteint d'une *paraplégie spinale amyotrophique*, à la suite d'un écoulement urétral, *sans arthropathies*. Ce malade qui avait de la fièvre présenta des *phénomènes paralytiques* des membres inférieurs, qui s'aggravèrent tous les jours, et était pris de contractions cloniques des jambes, dès qu'il voulait marcher. Cet homme avait, en outre, de la *rétention d'urine*, une *constipation continuelle* qui cédait mal aux lavements, et même aux purgatifs forts. Les lombes, les membres inférieurs étaient le siège de douleurs fulgurantes ;

(1) TRAPEZNIKOV. *Vracht*, 1891, p. 22. (Th. de Souplet).

(2) POLOZOFF. *Roussk-Medyc.*, 1891, p. 264, n° 17. (Thèse de Souplet).

les réflexes étaient notablement exagérés, et la sensibilité cutanée modifiée : il y avait tantôt de l'anesthésie, tantôt de l'hyperesthésie.

Stiénon (1), publia un cas de méningite cérébro-spinale blennorrhagique. C'est celui d'un jeune homme atteint d'un écoulement remontant à quatre semaines, qui après un amendement notable, avait repris plus abondant et avait été suivi d'accidents graves.

Le malade était entré dans le service dans un état voisin du coma, la tête renversée en arrière par la contraction des muscles de la région postérieure du cou, les pupilles, inégalement dilatées.

L'affection avait débuté brusquement trois jours avant l'entrée à l'hôpital, par un mal de tête violent, une rachialgie intense et un malaise qui empêchaient le patient de se tenir debout. Bientôt étaient survenus des nausées et des vomissements, de *l'incontinence d'urine* et, à plusieurs reprises, des *matières fécales*.

A mesure qu'il reprenait possession de lui-même, le malade se plaignait davantage de vives douleurs dans tous les membres inférieurs avec gêne notable et raideur des mouvements qui aboutirent vite à *une paralysie complète* de la motilité de la jambe droite.

Nous ne multiplierons pas ces exemples, et nous passerons au troisième groupe de notre division, où les lésions de la moelle ont été constatées à l'autopsie et décrites.

Et d'abord, l'observation de Stanley (2), rapportée par Gull, d'un homme qui, au cours d'une gonorrhée fut pris de paraplégie jusqu'à l'ombilic, d'incontinence d'urine, de

(1) STIÉNON. *Journal de médecine de Bruxelles*, 1892, p. 165. (Th. de Souplet).

(2) STANLEY. *Méd. chir. transact.* 1833, p. 260.

perte complète de la motilité et presque complète de la sensibilité. A l'autopsie, on n'a pas rencontré d'autres lésions qu'un épanchement de liquide dans l'arachnoïde et une tumescence inaccoutumée des vaisseaux de la moelle et des méninges.

L'observation de Gull (1), d'un malade qui, à la suite d'un écoulement dû à plusieurs chaudepisses consécutives, fut atteint de paraplégie, de perte complète de la sensibilité, d'incontinence d'urine. La moelle fut trouvée ramollie jusqu'au milieu de la région dorsale, à tel point que la substance nerveuse se laissait dissocier par la chute d'un mince filet d'eau. Au milieu du tissu nerveux existaient d'abondantes cellules graisseuses.

L'observation de Dufour (2), d'un cordonnier qui, deux mois après une chaudepisse ressentit de violentes douleurs dans la région lombaire suivies bientôt après de *paraplégie complète avec anesthésie presque absolue, de paralysie de la vessie, d'eschares multiples, d'amyotrophie prononcée* et qui mourut, après un court séjour à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva une moelle ramollie dans toute sa hauteur et presque diffluente à la région cervicale. Le bulbe était même dans un tel état de ramollissement qu'il fut impossible de le retirer en entier.

Il y avait une très vive inflammation de l'arachnoïde avec, sur la face externe de la portion médullaire, au niveau de la deuxième vertèbre cervicale, une fausse membrane ayant quatre centimètres de long sur un centimètre de large.

A l'examen microscopique de cette portion de la moelle on constata une congestion très nette avec sclérose inters-

(1) GULL. *Medico-chirur. Transact.* 1856.

(2) DUFOUR. Th. de Paris 1899.

titielle des faisceaux pyramidaux croisés. Il y avait désintégration granuleuse de la gaine de myéline avec accumulation de corps granuleux à l'intérieur de cette gaine. L'examen des autres portions de névraxe ne put être fait, leur état de ramollissement n'ayant pas permis leur durcissement.

Nous admettons donc qu'il existe des lésions médullaires vraies bien que ces lésions — dans l'immense majorité des cas — n'aient pas été prouvées et bien que le nombre des observations suivies de mort soit infime par rapport au nombre de celles où il y a eu une amélioration très grande.

Les observations de notre deuxième et troisième catégorie ont entre elles une si grande analogie, au point de vue symptomatique, qu'on est porté, à les ranger toutes, dans le groupe des méningo-myélites. Dans toutes, en effet, existe la paraplégie avec anesthésie et on retrouve, dans les cas terminés par la guérison comme dans les mortels, les troubles des sphincters, les douleurs lombaires et même les eschares sacrées qui appartiennent à la myélite.

Nous pensons néanmoins, que la plus extrême prudence est nécessaire dans l'examen de ces observations et que grand nombre de cas que l'on a rangés sous le nom de méningo-myélite doivent en être éliminés soit parce qu'ils sont dus à une affection associée ou secondaire, soit parce qu'ils ne dépendent pas uniquement de la blennorrhagie.

Nous nous proposons maintenant de montrer dans le chapitre suivant, sous quelle influence pourraient se développer ces manifestations, en quelque sorte purement trophiques, que nous avons décrites.

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Cette étude clinique nous paraît démontrer le fréquence des troubles nerveux.

Les névralgies, les arthralgies, les zones d'hyperesthésie ou plus fréquemment les zones d'anesthésie, les fourmillements que les malades ressentent dans les membres, les élancements qui suivent le trajet des branches nerveuses, l'abolition ou plus souvent l'exagération des réflexes rotuliens, la trépidation épileptoïde quelquefois notée, les contractions fibrillaires constatées dans certains muscles sont autant de symptômes qui viennent, en effet, dénoncer la part que prennent la moelle et les nerfs dans la genèse de ces manifestations. N'est-il pas légitime, *a priori*, de rattacher les arthropathies, les troubles cutanés et osseux, les amyotrophies qui les accompagnent si souvent à l'infection blennorrhagique qui a été l'origine de tous les accidents?

S'il est incontestable, comme nous l'avons dit, qu'il existe des arthrites dues à la pullulation du gonocoque dans les jointures, fait que les examens bactériologiques ont confirmé (cas de Deustchmann, 1890 ; de Linderman, 1892 ; de Rendu, 1893 ; et de Hoch. cité par Sée ; cas de Neisser, 1894 ; de Haushalter, 1895) ; s'il est également fort probable qu'on a pas trouvé le gonocoque partout où il existait — car le surprendre n'est pas une tâche facile, nous dit Sée, et il peut disparaître rapidement, dès le sixième jour, d'après Ehrlich — il n'en est pas moins vrai qu'un grand nombre d'arthropathies ne relèvent pas de cette pathogénie. Si les

constatations positives sont nombreuses et tendent à s'accroître à mesure que l'on connaît mieux les procédés de culture et les réactions colorantes, plus nombreux encore sont les résultats négatifs (Aubert, Dieulafoy et Vidal, 1887 ; Guyon et Janet, 1889 ; Roux, 1890).

En 1892, Jacquet a examiné quatre échantillons de liquide séro-muqueux absolument transparent et limpide, et ni par des examens répétés, ni par desensemencements multiples sur des milieux divers, il n'a pu y déceler la présence de micro-organismes quelconques.

C'est pour cette classe d'arthropathies, qu'il faut rechercher une toute autre origine, et comme ces déformations articulaires coexistent, la plupart du temps, avec les phénomènes nerveux que nous avons étudiés et avec les troubles trophiques importants que nous avons vus, l'esprit a été attiré vers une pathogénie nerveuse, et porté à faire intervenir la moelle comme intermédiaire entre l'arthropathie et le gonocoque.

Il est des blennorrhagies qui peuvent s'accompagner de troubles importants de la peau, qu'elles produisent au même titre et de la même manière que les arthropathies, par exemple, et où l'intervention du système nerveux pour certaines de ces déterminations cutanées, paraît être l'explication la plus rationnelle. L'épaississement si particulier des ongles qui sont cassants, altérés, striés, leur chute, le développement anormal des poils sont autant de troubles trophiques d'origine nerveuse. La ressemblance que les cornes cutanées ont avec certaines hyperkératoses manifestement dues à des troubles nerveux, telles que la kératodermie symétrique des extrémités, nous pousse encore à leur donner la même pathogénie.

« L'analogie que ces cornes cutanées présentent avec certains troubles manifestement trophiques, écrivait Jean-

selme, la disposition symétrique de l'éruption, son indolence et sa prédominance sur les membres inférieurs qui seuls ont été atteints d'arthropathies, l'intégrité des téguments au voisinage des placards éruptifs, me portent à penser qu'il ne s'agit point ici d'une manifestation directe de la blennorrhagie, mais qu'entre celle-ci et l'altération cutanée, il y a un intermédiaire nécessaire : le système nerveux.

D'autre part, comme les recherches de M. Sabouraud, sur le malade de Vidal, en faveur d'une gonococcie cutanée n'aboutirent à aucun résultat, et comme Chauffard, à la suite de son examen biopsique n'a pu trouver de gonocoque dans l'épaississement du derme ou de l'épiderme, nous pensons qu'il y a lieu de croire à cette influence nerveuse.

C'est l'avis de M. Jacquet. Chauffard, bien que moins affirmatif, se demande cependant si les déterminations articulaires se trahissent par l'intervention d'une modalité pathogénique spéciale et si les lésions des jointures et de la peau ne seraient pas des effets associés, dus à une même cause, l'action directe du système nerveux.

Après de tels faits, nous sommes en droit de nous demander si les amyotrophies ne sont pas dues également à l'action directe de l'infection blennorrhagique sur les centres nerveux. Charcot, en 1888, présentant à une de ses leçons du Mardi (1), un homme atteint de gonorrhée, à la suite de laquelle il eut des accidents articulaires et des amyotrophies, avait repoussé cette interprétation et subordonnait les lésions spinales aux lésions articulaires ; pour lui, les troubles nerveux n'étaient dus qu'à un acte réflexe ayant son point de départ dans les articulations malades, pour lui, enfin l'affection spinale se rattacherait directement aux

(1) CHARCOT. Policlinique du Mardi. Juillet 1888, p. 505.

arthropathies ne relevant que fort indirectement de l'affection gonococcique. Nous ne nous permettrons pas de discuter les conclusions d'un auteur aussi compétent, mais nous ferons remarquer qu'il est des cas où les manifestations nerveuses ne sont pas nécessairement associées à des déterminations articulaires, et que sur quatorze observations de blennorrhagie compliquée d'accidents médullaires, Souplet, dans sa thèse (1), en a réuni cinq (Obs. de Stéfanini, de Polozoff, de Trapeznikov, de Stienon et de Rochet) où il semble d'une manière non douteuse que les malades ont présenté des accidents méningo-médullaires, en l'absence de toute espèce d'arthropathies. Dans notre observation personnelle (Obs. IV) nous avons noté de l'atrophie musculaire généralisée et cependant aucun trouble au niveau des articulations.

Cette constatation de Souplet a une grande valeur, si l'on veut bien se rapporter à ce que disait Charcot dans cette même leçon. « Naturellement, l'observation de cas de paraplégie spasmodique amyotrophique, survenant à la suite d'une blennorrhagie infectieuse sans participation des jointures, fournirait pour la résolution de la question en litige, un argument décisif et il faudrait se résoudre à l'évidence. Mais jusqu'à plus ample informé, l'opinion à laquelle je me rattache, me paraît devoir être préférée ». Or à ce point de vue, dit Souplet, l'observation de Polozoff me paraît absolument concluante: Dans les faits de Trapeznikov et de Stienon, si l'atrophie n'a pas eu le temps de se produire ce n'est sans doute qu'en raison de l'évolution de la maladie. Sans cette divergence légère, ils seraient à mettre au même plan que l'observation de Polozoff.

Nous devons donc retenir qu'il est des cas où l'amyotro-

(1) SOUPLET Th. de Paris. 1893.

phie a précédé les lésions articulaires et a été due à des lésions médullaires.

En somme, la théorie médullaire s'applique le mieux à certains faits cliniques et il est certain que le système nerveux doit intervenir dans la physiologie pathologique des accidents qui ont été étudiés dans ce travail, mais comment peut-il être atteint ?

C'est la pénétration et la pullulation du gonocoque sur une muqueuse, le plus souvent sur la muqueuse uréthrale, qui est le point de départ nécessaire des accidents.

De là, le gonocoque peut atteindre tous les tissus de l'économie, soit qu'il pénètre, lui ou ses microbes associés, directement dans le sang, soit qu'il déverse des produits de sécrétion microbienne.

Quelques examens bactériologiques semblent prouver, en effet, que le microbe spécifique peut exister dans le sang.

Bouchard et Capitan (1876) prétendent avoir fait cette recherche plusieurs fois avec succès. Finger, Ghon et Schlagenhauser admettent dans un travail sur un cas d'endocardite, arthrite et prostatite folliculaire blennorrhagique (1) que les gonocoques sont transportés dans la circulation sanguine à l'état isolé ou inclus dans les leucocytes. Dans la séance du 14 juillet 1897, de la Société de médecine berlinoise, Lesser, à propos d'une discussion sur les cultures de ce microbe et leurs toxines, rappelait un cas très intéressant de Welander dans lequel on était parvenu à constater la présence des gonocoques dans le sang. Enfin, tout récemment, Panichi (2) rapporte deux cas de gonococcémie.

Dans le premier cas, où il y avait des arthrites blennorrhagiques du genou, du sang pris de la veine du bras donna,

(1) *Arch. f. Derm. u. syph.* 1895.

(2) *Stettin med.* 26 août 1899.

après vingt-quatre heures, dans presque tous les tubes des colonies multiples, rondes, translucides, et plus épaisses au centre, caractéristiques du microbe de Neisser. L'examen des cultures montrant des microbes décolorables au Gram venait confirmer ces faits.

Dans le second cas, où il y avait encore arthrites des genoux et du pied, l'examen fait, au moment d'une rechute, montra un tube stérile sur trois d'agar et de sérum sanguin humain : les autres donnèrent des colonies de gonocoque, l'un après 24 heures, l'autre après 48 heures.

A côté de ces cas où les recherches du microbe dans le sang furent positives, il en est d'autres, et de beaucoup les plus nombreuses où elles ont été négatives (Legrain, Bumm, Wertheim, Aubert, Colombini) et où il faut invoquer, comme cause des accidents la résorption des poisons de sécrétion du gonocoque.

De nos jours, en effet, ce n'est plus seulement le microbe que l'on étudie mais encore sa toxine.

La toxine gonococcique a été étudiée en 1891, par Hugou-nenq et Eraud (1). Ces auteurs ontensemencé du bouillon peptonisé avec une culture sur agar, provenant du pus des trois à quatre premiers jours d'une chaudepisse première. La culture présenta un microcoque animé de mouvement d'oscillation qui avait tous les caractères morphologiques et les réactions colorées du gonocoque de Neisser.

Le liquide où il s'est développé, filtré sur porcelaine et précipité par trois fois son volume d'alcool à 90° laissa déposer des flocons, qui après lavage à l'alcool furent redissous dans l'eau et refiltrés sur porcelaine. Cette liqueur aqueuse de nouveau reprécipitée par l'alcool, forma un dépôt amorphe, blanc jaunâtre, très soluble dans l'eau ayant

(1) Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences. T. CXIII, 1898.

presque toutes les propriétés des albuminoïdes. Les propriétés toxiques de cette substance injectée sous la peau se manifestèrent sur le testicule.

Wassermann en 1897 (1), obtint par des moyens spéciaux une toxine spécifique très active qui détermine une inflammation au point où elle fut injectée, en même temps qu'elle provoqua de la fièvre ainsi que des douleurs musculaires et articulaires. Cette toxine se trouverait dans le corps même des gonocoques, car les cultures filtrées à la bougie Chamberland se montrent toujours inactives, tandis que le résidu de la filtration, qui contient les microbes morts, produit de l'inflammation locale avec fièvre et tuméfaction des ganglions du voisinage.

Au Congrès de Moscou, 1897, de Christmas exposant le résultat de ses recherches, vint encore éclairer la pathogénie de certaines complications de la chaudepisse. Ensemencant du gonocoque sur un milieu bien préparé, il a pu obtenir des cultures qui restèrent vivantes pendant une dizaine de jours. Il se forma alors des produits toxiques qui se retrouvèrent non pas seulement dans le corps des microcoques morts, mais aussi dans le milieu de culture d'où il put les extraire.

La toxine gonococcique inoculée dans la chambre antérieure de l'œil, y produisit une inflammation très vive allant jusqu'à l'ulcération de la cornée, suivie de perforation et de prolapsus du corps ciliaire. L'injection sous-cutanée de cette toxine produisit une inflammation plus ou moins étendue, suivant la dose injectée, et qui amena dans quelques cas, la formation d'un abcès. Une injection dans la plèvre produisit une pleurésie purulente ; enfin, une injection dans le système veineux fut suivie de phénomènes d'intoxication

(1) Société de med. berlinoise, 14 juillet 1897.

très marquée, de perte de poids et de la mort des animaux par cachexie. Ces toxines, appliquées sur la muqueuse uréthrale de l'homme, produisirent une réaction aiguë, évoluant rapidement, et qui se traduisait par un écoulement purulent, dont la durée dépendait de la quantité.

Ainsi donc, le gonocoque secrète des déchets organiques, véritables poisons solubles. Ces gonotoxines, se répandant dans l'économie, peuvent aller influencer les milieux les plus vasculaires et les moins résistants du système nerveux, et déterminer dans certains cas — de beaucoup les plus nombreux — une congestion passagère des nerfs ou de la moelle, sans aller toutefois jusqu'à leur dégénérescence, comme dans les cas de névrite et de myélite confirmés. Et, suivant que l'organisme se laissera mieux pénétrer par les toxines, suivant leur degré de virulence, suivant qu'elles envahiront une portion plus ou moins étendue de la moelle, suivant enfin la résistance du sujet, on aura des complications plus ou moins sérieuses.

Bien que nous n'ayons pas, étant le but clinique que nous poursuivons, isolé les toxines et expérimenté avec elles, nous sommes convaincus que, soit dans les faits que nous avons étudiés, soit dans ceux qui ont été publiés par d'autres observateurs, il faut attribuer à cet agent les accidents que nous avons constatés. Pourquoi la toxine ne jouerait-elle pas, en pareil cas un rôle important, en tout comparable à celui qu'elle a dans d'autres affections qui, elles aussi, s'accompagnent de manifestations nerveuses ?

La diphthérie, pour ne citer qu'un exemple, n'est-elle pas due à une intoxication, causée par une substance chimique spéciale, poison très actif, formé par le microbe dans le lieu restreint où il se développe, et qui de là, se répandant dans tout l'organisme, peut donner naissance, entre autres phénomènes, à des complications nerveuses, variables dans

leur gravité. Le bacille de la diphthérie qui ne pullule pas dans les organes des personnes qui en sont atteintes, qui ne se retrouve que dans les fausses membranes ou au point d'inoculation et qui peut disparaître complètement si la maladie se prolonge, secrète donc, lui aussi, sa toxine. C'est elle, qui allant imprégner le système nerveux donne lieu à des troubles médullaires si communs au cours de l'affection.

Les engourdissements, les sensations de froid dans les jambes, les troubles de la sensibilité, depuis un certain degré d'anesthésie jusqu'à l'analgésie complète, les douleurs passagères et vives que les malades ressentent parfois dans les articulations, enfin les paralysies généralisées — quelquefois mortelles — complications si fréquentes au cours de la diphthérie, sont autant de symptômes qui viennent déceler l'imprégnation de la moelle par le poison, et que nous pouvons rapprocher de ceux que nous avons notés au cours de l'infection gonococcique.

L'injection aux animaux de doses variables de toxines diphthériques nous a montré les diverses formes de l'intoxication : il en est qui amènent la mort en quelques heures, il en est d'autres qui au bout d'un temps plus ou moins long se traduisent par des paralysies expérimentales mortelles ou susceptibles de guérison.

Cependant malgré ces symptômes alarmants, la diphthérie ne laisse habituellement pas après elle de suites fâcheuses, et les organes reprennent assez vite leurs fonctions. Dans la grande majorité des cas qui ont été suivis d'autopsie, bien que l'absence de lésions articulaires, ne permît d'expliquer les troubles moteurs que par une paralysie progressive, le système nerveux ne présentait aucune altération, et, pour en constater, il fallait les rechercher chez des sujets ayant succombé à des paralysies graves et de longue durée.

Le virus peut donc — dans certains cas incontestables — toucher l'axe médullaire et les nerfs périphériques, sans y amener de modifications, de changements visibles macroscopiquement, ni microscopiquement. La moelle est cependant intéressée physiologiquement, comme le prouvent les perturbations certaines que l'on note pendant la maladie.

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la toxine gonococcique et pourquoi n'invoquerions-nous pas ici, comme on l'a fait pour la toxine diphthéritique — l'existence de lésions inappréciables jusqu'à présent à nos moyens d'investigation et même l'hypothèse de troubles purement dynamiques du myélate sans altération visible de la moelle ou des nerfs.

Les agents morbides, s'incorporant aux éléments anatomiques, exerceraient des modifications d'ordre physico-chimique incompatibles avec leurs fonctions. La pénétration du poison au milieu des cellules nerveuses, déterminerait leur perversion qui se traduirait par des désordres dynamiques dont la durée serait proportionnelle au temps que l'organisme mettrait à reprendre possession de lui-même et à se débarrasser de cette imprégnation toxique.

Le poison adultérant le névraxe, il en résulterait un trouble dans la fonction trophique de la moelle et des nerfs qui en partent, amenant une perturbation dans la nutrition intime des éléments anatomiques ; ceux-ci trahiraient leur souffrance par cet ensemble de perversions motrices, sensibles et vaso-motrices que nous avons étudiées.

ÉTIOLOGIE

Après ce que nous avons déjà dit dans cette étude au sujet de l'étiologie, qui d'ailleurs est assez obscure, nous passerons rapidement sur ce chapitre.

Les professions qui obligent à la station debout prolongée, à des marches forcées ou à des exercices pénibles provoquent les accidents du blenno-rhumatisme. Ce sont, en effet, les forgerons, les typographes, les charretiers, les conducteurs d'omnibus, les garçons de café et les domestiques qui sont le plus souvent atteints. Les surmenés, les débilités, les alcooliques, chez qui le système nerveux est déprimé, fournissent également un grand contingent à la maladie. Il suffit chez ces prédisposés d'une violence extérieure même légère, d'un choc à la fois physique et moral, d'une fatigue locale pour provoquer des troubles sérieux.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les antécédents rhumatismaux — aussi bien personnels qu'héréditaires manquent dans bien des observations ; mais l'arthritisme n'est cependant pas à négliger, croyons-nous, dans la genèse du blenno-rhumatisme, car les arthritiques sont prédisposés à la blennorrhagie, à ses récides et à la longue durée de cette affection.

OBSERVATIONS

OBSERVATION V

Arthropathies récidivantes ; amyotrophie généralisée, troubles trophiques multiples (cornes cutanées, chute d'un ongle) d'origine blennorrhagique.

(Dr LAUNOIS, *Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 1899).

C'est dans un état de cachexie profonde, que L..., Paul, artiste dramatique, âgé de quarante ans, est amené dans mon service de l'hôpital Hérold, le 21 mars 1899.

Il est pâle et décharné, endolori de partout, incapable de faire un mouvement ; il porte une escarre sacrée ; la plupart de ses articulations sont le siège d'arthropathies déformantes ; ses membres atrophiés, ne présentent plus aucun relief musculaire ; à peine, au moment des contractions volontaires, quelques cordes viennent-elles faire saillie sous les téguments, recouverts de longs poils et témoigner de la présence de muscles pour la plupart disparus. Les lésions présentent leur maximum aux pieds, dont la peau, les parties molles, les articulations sont simultanément atteintes.

La cause de ces troubles si graves n'est autre que la blennorrhagie, ainsi qu'en témoignent l'expression de l'urèthre qui fait sourdre quelques gouttes de muco-pus ; et l'interrogatoire du malade.

Dans l'enquête qui est faite sur ses antécédents héréditaires et personnels, nous apprenons que son père, après avoir souffert pendant presque toute sa vie de l'estomac, est mort du choléra ; que sa mère a succombé brusquement à la rupture d'un anévrysme (?), qu'il a deux sœurs bien portantes.

Dans sa famille, il ne connaît d'autre rhumatisant que son arrière-

grand-père, et aucun des membres qui la composent ne présente de manifestations arthritiques.

Quant à lui, il a souffert des yeux pendant fort longtemps et a dû être soigné pour une ophtalmie bilatérale jusqu'à l'âge de 9 ans.

Une légère déformation de la hanche gauche, un peu plus volumineuse et un peu plus élevée que la droite, l'a exempté du service militaire. Cette articulation, n'a toutefois jamais été douloureuse et n'a jamais déterminé de claudication.

Ayant échappé aux maladies de l'enfance; il atteint l'âge de vingt ans. La syphilis le laisse indemne, mais il paye, par contre, un large tribut à la blennorrhagie.

Il contracte, en effet, la première chaudepisse à Gien, à l'âge de vingt ans, et se soigne peu, fait quelques injections qui diminuent l'abondance de l'écoulement et continue tout d'abord à exercer sa profession de chanteur. Mais au bout de quinze jours, une orchite gauche l'oblige à garder le lit et bientôt apparaissent les symptômes de cystite du col. La guérison de cette première affection uréthrale n'est complète qu'au bout de trois mois.

Dix ans après, c'est-à-dire à l'âge de trente ans, notre malade a à souffrir d'une nouvelle pullulation gonococcique. Cette seconde blennorrhagie s'accompagne d'arthrite du coude droit, du genou droit et des articulations des pieds. Il est soigné à l'Hôtel-Dieu annexe, prend du salicylate de soude, de la teinture de colchique et sort complètement guéri au bout de trois mois, ne conservant ni déformation, ni raideur articulaire.

A trente-trois ans, une troisième blennorrhagie s'accompagne, presque aussitôt après son début, de troubles articulaires du côté du métatarse, des articulations tibio-tarsiennes et du genou gauche. Les muscles des membres inférieurs s'atrophient avec une très grande rapidité. A cette époque, apparaît une déformation tout à fait caractéristique des orteils qui se trouvent projetés en dehors, le gros orteil chevauchant sur les doigts voisins. Soigné, soit chez lui, soit à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Fournier, il guérit complètement au bout de cinq mois.

Six mois se sont à peine écoulés qu'une nouvelle uréthrite s'accompagne d'arthropathies dans les articulations qui avaient été primitivement atteintes : elles guérissent, mais sont plus tenaces cette fois ; les jointures ne reprennent leurs caractères normaux et leurs fonctions qu'au bout de sept mois.

Dans les premiers jours du mois de décembre 1898, l'urèthre est le siège d'une cinquième pullulation gonococcique ; comme trois des précédentes, elle s'accompagne d'arthropathies primitivement localisées aux articulations tibio-tarsiennes. Le 16 décembre, le malade ne peut plus quitter son lit ; les coudes, le poignet gauche, le genou droit sont successivement atteints. Il perd également très vite l'appétit et les forces ; son amaigrissement devient rapidement considérable. Des douleurs diffuses dans les membres, l'impossibilité presque absolue de se mouvoir le privent de tout sommeil.

Le jour de son entrée à l'hôpital, le teint est blafard, la peau est d'une pâleur extrême ; elle est, par places, recouverte d'une couche épaisse de squames épidermiques. Sur la face antérieure du poignet droit, au niveau des parties antérieures et internes des cuisses, existe une éruption disséminée, caractérisée par de petites élevures dont la coloration varie du rose au brun et qui sont le siège d'une légère desquamation.

Au niveau du sacrum, une eschare elliptique dont le grand axe mesure deux centimètres et le petit, un centimètre, est le résultat du décubitus longtemps prolongé.

La maigreur extrême est due, non pas seulement à la disparition du panicle adipeux sous-cutané, mais encore à la fonte totale de presque tous les muscles, partout les os font saillie sous la peau. Cet état de maigreur rend encore plus apparentes les déformations articulaires.

Les membres supérieurs ne peuvent être écartés du tronc ; toutefois les articulations scapulo-humérales douloureuses ne présentent pas de gonflement. Celui-ci est également peu marqué du côté du coude gauche dont les mouvements sont cependant très limités.

Au niveau du coude droit, on constate une tuméfaction diffuse due en partie à l'épaississement du tissu fibreux et à l'hypertrophie des extrémités inférieure de l'humérus et supérieure du cubitus. Des modifications analogues s'observent du côté du poignet gauche ; à ce niveau, on peut, en mobilisant d'avant en arrière l'extrémité inférieure du cubitus, très saillante sous la peau, provoquer une véritable crépitation.

Les articulations temporo-maxillaires ont conservé leurs caractères anatomiques normaux et leur mobilité ; de même celles des doigts.

La tête est comme fixée sur les épaules et ne peut être déplacée ; les articulations qui l'unissent à la colonne vertébrale, ainsi que celles des vertèbres entre elles, sont très douloureuses à la pression. Tout mou-

vement de redressement ou de flexion du corps est absolument impossible.

Rien d'anormal du côté des articulations sterno-claviculaires ni du côté des hanches.

C'est aux membres inférieurs que les lésions présentent leur maximum d'intensité.

Le genou gauche est normal. Le droit est augmenté de volume et la



MEMBRES INFÉRIEURS DU MALADE (1).

déformation semble due surtout à une hypertrophie de l'extrémité inférieure du fémur et à celle du plateau tibial. Il n'y a pas d'hydarthrose, pas d'épaississement de la synoviale, pas de mouvements de latéralité. Les deux genoux sont en demi-flexion ; l'extension complète est impossible.

Quant aux pieds, ils forment deux masses volumineuses presque informes. De chaque côté, la région tibio-tarsienne est le siège d'un gonflement considérable qui s'étend sur toute la face dorsale. Il est dû aux lésions osseuses et articulaires et aussi à l'œdème du tissu cellulaire

(1) Nous devons cette reproduction à l'obligeance de M. LAUNOIS.

sous-cutané. La voûte plantaire, affaissée, a complètement disparu. La longueur du pied paraît raccourcie et l'axe médian est fortement dévié en dehors.

Les orteils, dont le volume est considérablement augmenté, sont déjetés en dehors, en coup de vent. En même temps qu'ils sont reportés vers le bord externe, ils se sont soulevés et forment une espèce de Z. Des deux côtés, le second orteil surélevé chevauche sur le gros orteil, et, à droite, le quatrième recouvre en grande partie le cinquième.

Le volume de chacun des pieds ainsi déformés frappe d'autant plus que les jambes sont plus atrophiées.

En effet, les membres inférieurs sont très amaigris, toutes les masses musculaires ont disparu. On constate des contractions fibrillaires des faisceaux musculaires qui ont survécu, contractions réflexes et peu douloureuses. La contractilité électrique est conservée. Les réflexes rotuliens sont très exagérés des deux côtés. La réaction de dégénérescence n'a pu être recherchée.

Les mouvements volontaires sont complètement impossibles ; quand, après un effort très grand, le malade cherche à détacher les talons du lit, il est obligé de reconnaître son impuissance fonctionnelle. On voit quelques faisceaux intacts se contracter ; au niveau de la cuisse, le couturier, par exemple, former un étroit ruban qu'on peut suivre jusqu'à ses insertions supérieure et inférieure.

La sensibilité cutanée est conservée au niveau des membres inférieurs, comme d'ailleurs sur tout le corps. La peau est recouverte de longs poils, elle est amincie par places, mais en d'autres régions (plante du pied, parties latérales et dorsales des orteils), elle est fortement épaissie. Le bord interne de chacun des gros orteils est le siège d'une prolifération épidermique énorme, disposée sous forme de stratification. Ces *croûtes cornées*, véritables *kératoses*, analogues à celles qui ont été décrites par Vidal, Jeanselme, Jacquet et Chauffard, forment comme une demi-gaine qui embrasse la moitié interne de chaque gros orteil, se prolonge sur la face plantaire, et s'arrête sur la face dorsale au niveau du bord interne de chacun des ongles.

Ces derniers sont épaissis et striés en long.

La pression de l'urèthre, méthodiquement pratiquée, permet d'obtenir quelques gouttes de muco-pus.

L'urine est franchement purulente ; l'exploration de l'urèthre indique la présence d'un rétrécissement assez serré.

L'examen bactériologique du pus et de l'urine pratiqué à plusieurs

reprises par mes internes MM. Lacapère et Mahar, n'a jamais permis de constater la présence du gonocoque, par contre, le coli-bacille existe en grande abondance dans l'urine.

En dehors des prescriptions symptomatiques, le malade est soumis à l'action des bains de vapeur qu'il prend dans son lit.

Malgré l'intégrité du cœur et des vaisseaux, le pronostic n'est pas sans présenter une certaine gravité.

Dès le premier avril cependant, une légère amélioration peut être constatée ; le malade parvient presque à croiser les deux jambes, il peut même manger seul, en se servant de la main droite, à la condition que le coude soit appuyé sur un coussin légèrement soulevé.

Le 10 avril, on note de l'iritis qu'un traitement approprié fait rapidement disparaître.

Peu de temps après, l'eschare s'est cicatrisée ; quelques mouvements de va-et-vient des jambes peuvent être exécutés assez facilement.

Dans les premiers jours de juin, les cornes cutanées des gros orteils ont été détachées ; formées par des lamelles épidermiques superposées, elles ont laissé à la place une exulcération dermique villeuse, superficielle. Quelques semaines après, survient la chute de l'ongle de l'orteil gauche.

L'amélioration constatée au bout d'un mois, a été sans cesse en augmentant. Les mouvements, de moins en moins douloureux, augmentent progressivement d'étendue. Les déformations articulaires encore très appréciables, ont singulièrement rétrogradé. La pression provoque encore de la douleur, soit au niveau des articulations qui ont été les plus atteintes, soit au niveau de celles qui, comme à la colonne vertébrale, n'étaient le siège d'aucun gonflement.

Dans ces derniers temps, se sont développées sur la face dorsale du pied droit, de petites saillies coniques disséminées irrégulièrement les unes à côté des autres. Formées au dépens de la couche cornée de l'épiderme, elles constituent de petits amas kératosiques et, par leurs caractères, se rapprochent des croûtes cornées développées au niveau des deux gros orteils.

Nous avons assisté au retour progressif des fonctions des membres, qui sont loin encore, d'être parfaites ; notre malade a pu hier se tenir debout, en s'appuyant, auprès de son lit ; il a pu aujourd'hui être transporté jusqu'ici, afin que vous puissiez contrôler l'exactitude de la description que nous avons donnée de sa maladie et faire les réflexions

que vous suggérera l'observation que nous venons d'avoir l'honneur de rapporter devant vous.

Par suite des transformations faites à l'hôpital Hérold, ce malade fut envoyé à Saint-Louis, dans le service du professeur Fournier où après un séjour de six semaines, il reprit assez de force pour pouvoir se tenir debout, sans aide, et marcher un peu dans la salle.

Nous avons revu ce blennorrhagien le 16 février 1900. En six mois, son état général s'est si amélioré que le malade n'est plus reconnaissable. La figure a repris de l'embonpoint et des couleurs, et tous les muscles, du volume. Les masses musculaires des cuisses ont repris peu à peu de la fermeté, puis peu à peu les mollets se sont fortifiés et les membres supérieurs. La peau est normale.

Les mouvements de la plupart des articulations sont revenus et ne sont plus douloureux; les déformations des jointures ne sont plus apparentes, sauf cependant pour les articulations des orteils. La tête a toute sa mobilité; le coude gauche a retrouvé tous ses mouvements. Au palper, on constate encore une légère déformation du coude droit, et les extrémités osseuses sont encore un peu hypertrophiées; l'extension d'ailleurs n'est pas complète. Les poignets sont intacts. Le genou droit est revenu à son état normal et l'extension complète est facile. Les articulations tibio-tarsiennes n'offrent rien de particulier.

Quant aux pieds, tout en ayant subi une notable amélioration, ils restent encore déformés. L'aplatissement est moins grand mais subsiste encore et l'axe médian du pied est encore un peu dévié en dehors. Les orteils toutefois sont moins déjetés sur le côté externe, ils chevauchent moins les uns sur les autres et tendent à revenir sur le même plan et à reprendre leur position normale.

Un nouvel ongle apparaît au gros orteil presque ankylosé.

Les phénomènes nerveux sont bien diminués, mais il existe encore un peu d'exagération du réflexe rotulien.

Le malade qui, depuis quatre mois, marche très souvent dans sa chambre, peut, depuis six semaines, faire quelques courtes sorties, appuyé sur deux cannes. Il monte facilement les escaliers, mais pour les descendre, est obligé d'aller à reculons (ses fléchisseurs étant plus forts que ses extenseurs). Toutefois la marche et la station debout le fatiguent vite et les douleurs du talon apparaissent bientôt. Les autres douleurs sont disparues. Les appareils respiratoire et circulatoire sont bons, l'appétit est revenu, mais le malade dont le caractère est porté à la tristesse a toujours peu de sommeil.

OBSERVATION VI

Communiquée par M. le Dr JACQUET, médecin des Hôpitaux.

Rhumatisme blennorrhagique ; tatalgie et hypérostose calcanéenne ; amyotrophie. Récidive de la maladie à la suite de fatigue.

Le nommé S... Etienne, âgé de 37 ans, garçon de magasin, entre le 14 janvier 1897, salle Corvisart, n° 14, dans le service du docteur Bouchard, à la Charité, se plaignant surtout de vives douleurs dans les talons et dans les articulations métatarso-phalangiennes.

A. H. Mère morte à 38 ans d'une fluxion de poitrine. Le père est bien portant, vigoureux, non rhumatisant. Il a un frère également en bonne santé.

H. P. Aucune maladie dans son enfance. En 1882, il eut une dysenterie légère, étant soldat en Afrique. Il n'a aucune trace de syphilis, aucune éruption sur le corps, aucune érosion à la verge.

Pendant son service militaire, il buvait suffisamment pour avoir des rêves professionnels avec zoopsie.

Début. — En juillet 1894, le malade contracta une blennorrhagie. Il n'interrompit pas son travail et se soigna à peu près, prenant des capsules de santal et faisant, en moyenne, deux injections de permanganate de potasse par jour. Il eût, en même temps, une adénite inguinale.

Quinze jours après l'apparition de l'écoulement, — et pour la première fois — le malade éprouva de violentes douleurs, survenant la nuit, dans les masses musculaires de la partie antérieure du thorax. Le mouvement et la pression les exaspéraient et le malade ne pouvait se retourner dans son lit. Ces douleurs s'atténuèrent à mesure que diminuait l'écoulement, mais ne disparurent pas complètement.

Dans le mois d'octobre, trois mois après sa chaudepisse, le malade ressentit de vives souffrances dans les deux pieds ; elles siégeaient surtout dans le calcanéum et étaient exaspérées par la marche, la station debout et la pression. A ce moment encore, il y avait quelques douleurs fugaces dans les genoux, mais il pouvait néanmoins continuer son

métier bien qu'il fût très fatigant et l'obligeât à rester sur pied depuis six heures du matin jusqu'à huit heures du soir.

Vers cette époque, ayant constaté une goutte matinale, il alla consulter à Necker, où on lui fit un lavage de l'urèthre au permanganate de potasse. Malgré tout, les douleurs plantaires persistèrent : Quelques jours après, tout le pied, était douloureux et était enflé surtout dans les régions péricalcanéennes et périmalléolaires, si bien que, peu de temps après, le malade dût s'arrêter et garder le lit pendant un mois.

A peine avait-il repris son travail, que les douleurs reparurent et qu'il fut obligé d'entrer à Saint-Louis dans le service du professeur Fournier qui le traita par les douches et bains sulfureux et lui conseilla de retourner dans son pays.

Après un séjour de cinq mois dans l'Ariège et une saison d'un mois à Spa, une amélioration très grande se produisit dans son état. Le malade rentra à Paris, ayant recouvré ses forces, reprit son travail pendant treize mois, n'éprouvant plus que de sourdes douleurs au niveau des talons.

En octobre 1896, au moment des fêtes russes, il se fatigua plus que d'habitude et fit quelques excès de boisson. Aussitôt réapparurent les douleurs et l'enflure des deux pieds. Le 4 novembre, il arrêta son travail.

14 janvier 1897. C'est alors qu'il rentra à l'hôpital de la Charité, se plaignant d'une tatalgie bilatérale très vive, de douleurs intenses dans les articulations métatarsó-phalangiennés et de douleurs thoraciques.

Les deux calcanéum — et surtout celui de gauche — sont augmentés de volume au niveau de l'insertion des *tendons d'Achille*. Les deux dépressions latérales situées de chaque côté sont atténuées. La palpation et la pression ne sont pas douloureuses.

A l'examen des *organes génitaux*, on ne trouve plus de trace de blennorrhée, même le matin avant que le malade ait uriné. Il n'existe aucun filament dans les urines. Pas de sucre, pas d'albumine.

Les *réflexes* sont *normaux*, sauf le réflexe pharyngien qui est bien diminué. La *sensibilité*, sous tous ses modes, ne révèle aucun trouble, il n'y a pas de troubles sensoriels.

L'état général est mauvais, le malade est faible, pâle, amaigri, anémié. Il n'a pas d'appétit.

25 février 1897. La région talonnière fait en arrière, une forte saillie due à l'hypertrophie de l'extrémité postérieure du calcanéum au

point d'attache du tendon d'Achille. Le reste du pied ne présente aucune saillie anormale. Les articulations tibio-tarsiennes ne sont pas atteintes ; les mouvements sont libres, indolores. On ne perçoit aucun craquement. Les extrémités inférieures des fémurs sont légèrement hypertrophiées ; les articulations coxo-fémorales sont indemnes. Il n'existe aucun trouble trophique ou vaso-moteur, aucune hyperesthésie cutanée ou musculaire ; les réflexes patellaire et plantaire sont normaux.

Sous l'influence du repos au lit et des douches, l'état du malade s'est sensiblement amélioré. Les douleurs sont disséminées, la marche est beaucoup plus facile, l'état général meilleur. Le mieux s'accroissant tous les jours, il peut sortir à la fin de février.

7 septembre 1897. Le malade entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Jacquet.

Après sa sortie de la Charité, il avait repris son travail sans trop souffrir, il ne ressentait plus que quelques vagues douleurs aux talons droit et gauche, mais surtout à gauche et à la partie postérieure.

Durant ce laps de temps, il fut sobre, ne fit pas d'excès, et n'eut qu'un rapport sexuel bref, le 15 août. Dès le lendemain, apparaissait un écoulement douloureux et abondant et, le 17, des douleurs thoraciques constrictives, qui l'obligèrent à garder le repos au lit.

L'écoulement augmentant, le malade alla, quatre à cinq jours après, à Necker pour qu'on lui fit des lavages uréthraux. A la suite de cette sortie, il éprouva de la raideur dans les deux pieds, raideur qui devint plus marquée le lendemain.

A son entrée dans le service, on le trouve dans l'état suivant :

Les deux pieds sont douloureux, surtout au niveau des attaches métatarsiennes des 2^{me} et 3^{me} orteils et au talon, région postérieure et inférieure, mais surtout postérieure. La pression sous le talon y réveille un point sensible.

Il existe une tuméfaction *fuselée* du deuxième orteil droit, et une douleur dans toute la partie antérieure du métatarse du même côté.

Le tronc du sciatique gauche et le crural sont douloureux, ainsi que les muscles de la cuisse, mais on ne réveille de douleur qu'à la pression, alors que les premiers jours il y avait des douleurs spontanées « tout le long » des membres inférieurs.

Le globe de l'œil qui avait été sensible à la pression ne l'est plus aujourd'hui.

La *sensibilité cutanée* est normale, les *réflexes* ne sont pas modifiés, et il n'existe aucun trouble trophique ou vaso-moteur.

La *pression* de l'urèthre ne fait sourdre aucune goutte matutinale, mais on constate dans l'urine la présence de filaments. Depuis quelque temps, le malade a des érections prolongées avec pollutions nocturnes.

Pas de masturbation.

Le traitement se borne au repos au lit et au régime lacté.

2 octobre. L'état du malade est bien amélioré, mais les douleurs thoraciques qui s'amendèrent les premières, reparaissent depuis deux jours, aussi constrictives. Les articulations sterno-costales sont douloureuses à la pression.

Les raideurs des pieds ont disparu peu à peu, les mouvements sont libres et les articulations métatarsio-phalangiennes sont indolores.

La tuméfaction du deuxième orteil a disparu.

La talagie est aiguësée par la pression — surtout à gauche — avec douleur maxima à l'insertion du *tendon d'Achille*. Plus de gonflement.

Les masses musculaires des membres inférieurs sont flasques et molles. L'état général est bon.

Le 3 novembre. Le malade commence à marcher. Dès qu'il est debout, les douleurs du talon et des orteils réapparaissent, avec toujours prédominance à gauche. C'est en un point situé sous la masse calcanéenne et au milieu de la région qu'elles sont le plus aiguës.

D'autres points sensibles existent, en arrière, au niveau de l'attache du tendon d'Achille, et sous les têtes métatarsiennes. Le pied droit se fatigue beaucoup moins vite, et les douleurs du calcanéum sont plus sourdes ; quant aux douleurs sous-métatarsiennes, elles sont aussi vives qu'à gauche, mais le patient les ressent moins vite.

Le 11 novembre, le malade peut rester debout une partie de la journée sans trop de fatigue et souffre bien moins. Les muscles reprennent de la consistance. Toutefois, à la fin de la journée, il y a du gonflement des pieds. On lui fait des pointes de feu à la partie postérieure des deux talons.

Les douleurs thoraciques semblent s'amender avec l'exercice.

Le 19, le calcanéum droit n'est plus douloureux, mais les douleurs métatarso-phalangiennes persistent. Il y a un *épaississement notable de l'épiderme*. Au pied gauche, les douleurs étant de nouveau intolérables, le malade garde le lit jusqu'au 27. Pointes de feu.

Le 5 décembre. Les douleurs du pied gauche s'étant calmées, le pa-

tient se lève de nouveau et marche, mais la fatigue apparaît à la fin de la journée et réveille la douleur calcanéenne gauche. Les pieds — surtout *le droit* — sont enflés sous les attaches métatarso-phalangiennes et autour des malléoles ; le matin au réveil, tout gonflement disparaît.

Le 15 décembre, le malade quitte l'hôpital, fort amélioré. L'état général est bon. Il a repris de l'embonpoint et des forces. Il n'a plus le teint pâle, anémié, qu'il avait en entrant dans le service. Depuis le 11 novembre, il n'a plus ressenti de douleurs thoraciques.

La douleur du talon droit est complètement disparue depuis quelques jours, mais l'hypertrophie calcanéenne persiste. La plante du pied épaissie sous les têtes métatarsiennes — et particulièrement, au niveau du gros orteil — est encore le siège de douleurs vagues. La fatigue provoque l'apparition d'un œdème. La tuméfaction du deuxième orteil n'est plus reparue.

Au pied gauche, la douleur localisée sous le talon persiste encore, mais elle est très affaiblie et la pression ne l'augmente pas. Après la marche, apparaît un gonflement péri-calcanéen, surtout marqué au point d'insertion du tendon d'Achille. Le malade ne ressent plus rien sous les articulations métatarso-phalangiennes.

Les masses musculaires des mollets reprennent de la fermeté, et les muscles ne sont plus le siège de douleurs spontanées ou réveillées par la palpation.

Les articulations tibio-tarsiennes sont normales, ainsi que celles du genou. Le genou gauche cependant est encore le siège de quelques craquements.

Il n'y a plus d'écoulement urétral, plus de filaments dans les urines.

Tous *les réflexes* sont normaux, même le réflexe pharyngien. Aucun trouble de la sensibilité, aucun trouble sensoriel.

La constipation qui a été notée à plusieurs reprises, disparaissait dès que l'on suspendait le régime lacté.

Le malade que nous avons revu trois mois après sa sortie de l'hôpital, était en parfaite santé, et la douleur localisée au talon gauche qui avait été la plus tenace avait disparu depuis un mois. Bien qu'il soit obligé de rester très longtemps sur ses pieds, et de faire des courses, il ne se trouve pas trop fatigué à la fin de sa journée.

OBSERVATION VII

Rhumatisme blennorrhagique : Talalgie, troubles trophiques et phénomènes médullaires concomitants.

Dr MILIAN. *Presse Médicale*, 1899.

D..., typographe, âgé de 29 ans, est entré le 28 novembre 1898 ; salle Saint-Denis n° 13, dans le service de notre maître, le professeur Cornil.

Antécédents héréditaires. — Père et mère actuellement vivants et bien portants. Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde en 1883. En 1891, il aurait eu un chancre guéri en une dizaine de jours, sans secours médical. Ce chancre ne fut suivi d'aucun accident qui pût le faire supposer de nature syphilitique ; il a laissé sur la face externe du prépuce une cicatrice blanche, ovale, très marquée. En août 1898, il eut une blennorrhagie très intense. Quinze jours après le début de celle-ci et, suivant le malade, à cause d'injections uréthrales mal pratiquées, survinrent de vives douleurs au niveau des chevilles et de la plante des pieds, assez intenses pour empêcher le malade de continuer son métier de typographe. Au mois de septembre 1898, ces douleurs, jusqu'alors localisées, se généralisèrent, et malgré tous les traitements, persistèrent avec une telle violence que le malade entra à l'hôpital le 28 novembre.

État actuel. — L'écoulement du malade n'est pas tari : il suinte encore une goutte de temps à autre dans la journée. Mais ce qui l'inquiète surtout, ce sont les *douleurs* qui l'accablent et le rendent presque infirme.

A l'état de repos, il a quelquefois des douleurs aiguës, presque fulgurantes dans les pieds.

C'est à propos des mouvements, ou par la pression, que ces phénomènes douloureux apparaissent. La plus forte de ces douleurs, est celle qu'il éprouve à chaque talon, la *talalgie*. Dès que le malade est debout, cela devient intolérable et il redoute de poser le pied à terre. Aussi, la marche est-elle très pénible : appuyé sur une canne ; il s'avance avec difficulté, courbé en deux, portant presque uniquement le poids de

son corps sur la jambe droite qui souffre moins que l'autre. Au bout de quelques minutes, il est obligé de s'asseoir, d'autant plus que ses pieds enflent jusqu'au dessus des chevilles, et que les mollets et les cuisses sont pris de soubresauts violents et involontaires. Cette « talalgie » est chez lui le symptôme douloureux prédominant. On peut localiser exactement par la pression, les points sensibles du calcanéum, ce sont : à la face plantaire, les deux points postérieurs qui correspondent aux tubérosités interne et externe de l'os ; en arrière, le point d'insertion du tendon d'Achille ; les faces latérales ne sont pas douloureuses.

Outre cette talalgie, il existe encore *d'autres régions douloureuses* les articulations tibio-tarsiennes, le petit orteil droit, les deuxième et troisième orteils gauches, les bords externes de chaque pied, le genou droit au niveau de la pointe et des bords latéraux de la rotule (les autres régions de cette articulation, faces latérales et postérieure sont intactes), le coude gauche, l'épaule droite, l'articulation sterno-claviculaire droite, l'articulation temporo-maxillaire gauche, les régions ischiatiques : enfin terminons par la région coccygienne qui est tellement douloureuse qu'il est presque impossible d'y toucher.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, chez ce malade perclus de douleurs, les articulations sont peu malades : On n'observe de déformations qu'au niveau des orteils, des tibio-tarsiennes, du genou droit, de la sterno-claviculaire droite ; toutes les autres articulations sont absolument indemnes. Les orteils sont un peu déjetés, surtout le gros, sur le bord interne du pied ; les tibio-tarsiennes sont légèrement empâtées ; le genou droit est un peu gonflé, les culs-de-sac supérieur et surtout inférieur sont un peu volumineux, mais il n'y a pas d'hydarthrose bien manifeste ; il s'agit plutôt d'épaississement de la synoviale ; les mouvements de flexion et d'extension sont normaux ; on ne peut y provoquer de craquements articulaires. L'articulation sterno-claviculaire droite présente un léger degré d'hydarthrose.

Si les articulations sont relativement indemnes, il n'en est pas de même du pied qui réalise le type de ce que l'on a appelé *le pied blennorrhagique*. Il en a, en effet, les deux caractères principaux : *l'aplatissement de la voûte plantaire et l'hypertrophie de la région calcanéenne*.

L'aplatissement du squelette du pied est ici bilatéral, plus marqué à droite qu'à gauche. Il ne s'agit certainement pas d'une déformation congénitale, car le malade a fait son service militaire aux zouaves, où il dut effectuer des marches particulièrement pénibles et qu'il supporta

parfaitement. D'ailleurs, le malade précise fort bien l'apparition de cette déformation : il la fait remonter aux premières semaines qui ont suivi le début de sa première blennorrhagie, et en attribue la production brusque à un effort qu'il fit en portant un sac très lourd sur ses épaules.

L'hypertrophie de la région calcanéenne n'est pas due en totalité à l'hyperostose. Il existe, en effet, un empâtement peri-calcanéen siégeant plus spécialement à la face interne de l'os, au niveau de la grande gouttière calcanéenne, effaçant ainsi les dépressions siégeant de chaque côté du tendon d'Achille et donnant l'élargissement du talon, caractéristique à la vue postérieure. Il y a cependant production d'os nouveau au point d'insertion du tendon d'Achille ; on y sent, à la face supérieure du calcanéum, une petite saillie dure qui n'existe pas du côté opposé.

Enfin, restent *les phénomènes nerveux* ; ils peuvent se caractériser en quelques mots : paraplégie spasmodique avec atrophie musculaire et intégrité des sphincters.

La peau ne présente pas de troubles trophiques.

Les réflexes plantaires sont très diminués. Le réflexe crémastérien gauche est diminué, le droit aboli.

La sensibilité des membres inférieurs est intacte sous ses trois modalités : tactile, douloureuse, thermique.

Les muscles des mollets et des cuisses présentent un degré notable d'atrophie. Ils sont agités au moindre choc ou même spontanément de tremblements fibrillaires.

Il existe de l'exagération des réflexes rotuliens et de la trépidation épileptoïde, surtout à droite, du côté où existe non pas le maximum de douleurs, mais le maximum de déformations (genou droit seul malade, pied plat et hypertrophie calcanéenne plus marquée).

La piqure de la plante des pieds (faite suivant les préceptes de Babinski) provoque à droite la flexion des orteils, à gauche l'extension légère d'abord, puis au bout d'un certain temps une flexion très marquée.

Pas de troubles des sphincters.

Il est important de noter que notre malade ne présente aucun symptôme de sciatique ; il n'a aucun des points douloureux de cette névralgie ; enfin il ne présente pas le signe de Lasègue, tout au plus provoque-t-on une légère douleur

au creux poplité et à la fesse gauche dans la flexion, extrême sur le bassin, du membre inférieur gauche étendu.

M. Milian signale dans ce pseudo-rumatisme.

1° *La forme.* Il ne s'agit pas d'inflammation des articulations, mais surtout de douleurs : ce sont des arthralgies plutôt que des arthrites.

2° *Son siège.* C'est un rhumatisme *fibreux*.

3° *La localisation spéciale du talon.* C'est la tatalgie qui est ici le symptôme le plus douloureux, tellement vive qu'elle empêche le malade de marcher et même de se tenir debout.

4° *Les troubles trophiques qui l'accompagnent,* pied plat, hyderostose calcanéenne au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, atrophie musculaire.

5° *Les phénomènes médullaires concomitants.* Douleurs fulgurantes et symptômes de paraplégie spasmodique.

6° *Son évolution.* Elle fut essentiellement chronique et apyrétique.

OBSERVATION VIII

(Résumée)

Infection blennorrhagique grave, avec production cornée de la peau.

(Dr CHAUFFARD, *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.* Avril 1897)

François C..., âgé de 25 ans, entre le 21 décembre 1896, à l'hôpital Cochin.

Il eut une première blennorrhagie à 20 ans, accompagnée d'arthropathies et de lésions cutanées très spéciales : croûtes cornées avec épaississement énorme de l'épiderme de la plante des pieds et des talons.

La blennorrhagie actuelle, qui date des premiers jours de décembre 1896, s'est compliquée de phénomènes arthropathiques très intenses,

d'une hypertrophie du calcanéum, d'une déformation en radis du médius, d'une ophtalmie double et de douleurs du testicule gauche.

Ces accidents ont été accompagnés d'élévation de température.

Vers le 10 janvier, apparaissent des phénomènes cutanés. Ce sont des productions cornées qui se montrent tout d'abord sur le gland, presque en même temps sur la partie supéro-interne des cuisses, et très peu de temps après sur le dos, aux pieds.

Sur le gland, l'éruption revêt une forme papulo-squameuse, lenticulaire. Elle est de courte durée.

Aux cuisses, ces productions cornées se présentent sous deux aspects bien différents : au niveau des adducteurs, le long du bord interne, ce sont des plaques cornées jaunâtres, larges comme une pièce de cinquante centimes à un franc, faisant une saillie de quelques millimètres, et ne s'accompagnant d'aucune altération de la peau environnante. Ces plaques paraissent stratifiées, en forme de rupia, d'écailles d'huitres.

Ces croûtes cornées se détachent spontanément, en se décollant de la périphérie vers le centre. Au commencement de février, c'est-à-dire trois semaines après le début, il ne reste plus qu'un tiers de l'éruption primitive.

La place qu'occupaient les éléments éruptifs, est reconnaissable à un aspect rose et assez brillant de l'épiderme, aspect qui va en s'atténuant à mesure que la chute des plaques est plus ancienne.

Au niveau de la partie supéro-interne du quadriceps, l'éruption se produit sous une autre forme. L'on voit une surface large comme une pièce de deux francs du côté gauche, comme une pièce de un franc du côté droit, hérissée de petits cônes cornés, gros comme des grains de chènevis, un peu plus foncée que les plaques ci-dessus décrites.

Ce qui frappe surtout dans ces diverses éruptions des cuisses, c'est leur disposition symétrique. De chaque côté, les plaques cornées occupent la zone des adducteurs ; et les cônes cornés sont situés au même niveau des deux côtés. Pour expliquer ce fait, on ne peut pas invoquer le contact entre les deux cuisses, car le malade restait constamment les jambes écartées, dans la position du tailleur, à cause de ses arthropathies.

Dans le dos, on voit entre les deux omoplates une zone large comme la paume de la main, s'étendant en hauteur de la troisième à la cinquième apophyse épineuse dorsale. Cette zone présente un semis de productions squameuses un peu grasses, larges comme des lentilles

aplaties, se détachant très facilement sous l'ongle, et ressemblant singulièrement à de la séborrhée sèche concrète. Pas plus que l'éruption des cuisses, celle-ci n'a de tendance à la récurrence.

A la main gauche, au niveau de la tabatière anatomique, il y a eu deux petites plaques papulo-croûteuses larges chacune comme une lentille.

Aux pieds, les productions cornées consistent en semelles larges, épaisses et craquelées ; elles persistent plus longtemps que les plaques des cuisses. Au talon, l'on voit une coque assez épaisse qui paraît devoir se détacher d'une seule pièce.

Au début du mois de février, derrière le tendon d'Achille, se montre un sillon de séparation entre l'épiderme corné et le nouvel épiderme lisse et rosé.

Alors que M. Jacquet voit dans les lésions des jointures et de la peau des effets associés dus à l'intervention directe du système nerveux, M. Chauffard, moins affirmatif, se demande si pour expliquer la kératose cutanée, il ne faudrait pas incriminer l'intensité même de la virulence blennorrhagique. Ni la symétrie des lésions, ni les amyotrophies concomitantes, ni l'action favorable de l'hydrothérapie ne lui paraissent constituer une preuve suffisante de l'intervention nerveuse. En présence du petit nombre de faits connus, cet auteur reste dans un doute provisoire.

OBSERVATION IX

(Résumée).

Blennorrhagie à six récurrences ; blenno-rhumatismes de forme aiguë, généralisée, à cinq récurrences ; lésions blenno-trophiques à trois récurrences ; déformations articulaires ; talon blennorrhagique ; lésions cardio-aortiques ; angine de poitrine.

(Dr JACQUET. *Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, janvier 1897).

Le nommé Auguste L., âgé de 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 août 1895, salle Saint-Charles, lit n° 2, pour un rhumatisme blennorrhagique compliqué de troubles trophiques variés.

On ne trouve aucune trace de rhumatisme dans ses antécédents personnels ni héréditaires.

Il contracte une première chaudepisse à 14 ans, sans accidents consécutifs.

Depuis lors, cinq nouvelles blennorrhagies, toutes suivies, au bout de dix à quinze jours d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, de plus en plus sévère et de plus en plus tenace.

A sa quatrième chaudepisse, à 22 ans, des déformations apparaissent dans la main droite et s'accroissent au pied droit. Au déclin de ce rhumatisme, *apparaissent pour la première fois* des productions cornées à la plante des pieds et sur le dos des orteils. Les ongles des orteils tombent.

A 26 ans, une cinquième blennorrhagie s'accompagne de déformation de la main gauche et du pied gauche et des mêmes productions cornées.

Une sixième chaudepisse datant de juillet 1895, est suivie d'une nouvelle attaque de rhumatisme généralisé avec fièvre, frissons, diarrhée et anorexie.

Le malade étant dans le service du docteur Petit, à la Pitié, voit apparaître vers le 15 août, alors que les douleurs rhumatismales sont en pleine période de décroissance et que la fièvre a complètement disparu des productions cornées à la plante des pieds.

Le 26 août, il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, lit n° 2.

Etat actuel. — Aspect général. Malade, pâle, anémié, amaigri, le masque est inquiet (morphinomane), la température est normale.

Ce qui domine, ce sont des déformations, des troubles trophiques et des points douloureux à la pression.

Il existe un point douloureux très net à l'union des os propres du nez et de ses cartilages.

Les membres supérieurs sont très amaigris, les masses musculaires ont fondu.

Tous les mouvements sont encore possibles, mais dans l'épaule gauche, leur amplitude est diminuée, et l'on sent quelques craquements. Les coudes sont indolents, leurs mouvements sont bien conservés.

Les articulations matacarpo-phalangiennes sont tuméfiées ; surtout la troisième.

Les doigts sont déviés vers le bord cubital, surtout à droite. Les espaces intercostaux sont très amaigris, forment des méplats très accusés. Cependant, les muscles interosseux et les lombricaux ont conservé leur contractilité.

Dans toute l'étendue des deux membres supérieurs, il n'y a pas de troubles trophiques cutanés jusqu'à la région des phalangettes.

Mais, sur l'extrémité des trois derniers doigts, surtout à gauche (et plus particulièrement sur l'auriculaire), la peau est rosée, lisse, amincie, adhérente, sans toutefois présenter d'aspect cicatriciel.

En outre, l'ongle de l'auriculaire gauche est soulevé à son extrémité par une masse cornée, épaisse, formée par plusieurs couches stratifiées qui séparent l'ongle du derme sous-unguéal et se prolongent sur le côté, en circonscrivant les bords latéraux de l'ongle et se confondant insensiblement avec l'épiderme péri-unguéal.

La colonne vertébrale présente un point douloureux très net à la pression, au niveau de l'apophyse épineuse de la 7^{me} cervicale.

Les membres inférieurs présentent le même état d'émaciation que les membres supérieurs. Les masses musculaires n'ont pas perdu leur contractilité.

Les genoux ne sont pas tuméfiés, leurs parties osseuses paraissent indemnes ; les mouvements sont libres.

Les pieds présentent des déformations très accusées : du côté droit, le pied est comme tassé. Son diamètre antéro-postérieur semble raccourci dans sa portion pré-jambière, tandis qu'en arrière il existe une forte saillie due à l'hypertrophie de l'extrémité postérieure du calcanéum au point d'attache du tendon d'Achille.

Le bord externe du pied, épaissi, raccourci, ne présente absolument aucune saillie. Vu par la face plantaire, il offre une légère courbure dont la convexité regarde le sol. Le bord interne, au contraire, est fortement excavé, une distance de trois centimètres le sépare du sol à son point culminant.

Les orteils, à l'état de repos, sont très écartés du sol. Le gros orteil est en hallux valgus, il s'insinue sous le deuxième orteil, qu'il soulève fortement, de façon à se mettre en contact avec le troisième ; il en résulte que le deuxième orteil est sur un plan supérieur à tous les autres, invisible par la face plantaire, faisant une forte saillie à la face dorsale.

Tous les orteils sont déviés légèrement vers le bord externe du pied.

Ils sont relevés vers la face dorsale, par l'hyperextension de leur première phalange sur le métacarpien correspondant.

Au pied gauche, les déformations sont moins marquées.

Tous les os et articulations du tarse sont douloureux à la pression, principalement l'hyperostose du calcanéum.

Outre ces altérations osseuses et fibreuses, il existe des troubles trophiques très marqués des ongles et de la face plantaire des pieds.

Les ongles sont presque tous déformés, épaissis. Il y a un véritable perionyxis avec rougeur, squames au gros orteil.

A la plante des pieds, l'épiderme est fissuré, crevassé, et se détache en squames très larges et très épaisses. Toute la semelle plantaire est formée d'une couche cornée présentant des saillies très régulièrement coniques, à sommets un peu émoussés, comparables par leur forme et leurs dimensions à un clou de tapissier.

Les saillies sont quelquefois très rapprochées, deviennent confluentes et donnent lieu à une saillie mamelonnée à sommet double, triple et même quadruple, donnant en miniature l'impression d'un massif montagneux.

Les cornes sont dures, de consistance et de structure cornée, un peu translucides à leur sommet. Elles existent surtout aux points de pression normaux et anormaux du pied, et principalement au pourtour de ces points de pression.

Système nerveux. — L'examen de la sensibilité, sous tous ses modes, ne révèle aucun trouble. Les réflexes rotuliens sont peu marqués, les réflexes pupillaire, crémastérien, bulbo-caverneux, cutanés, sont normaux, les sphincters intacts.

Il y a encore un léger écoulement urétral, quelques filaments dans l'urine.

L'appareil respiratoire est intact ; le cœur présente une grosse lésion d'aortite avec ectasie probable, double lésion de l'orifice aortique, un rétrécissement mitral faible.

Le 10 décembre, les cornes plantaires commencent à se détacher un peu.

Le 15 décembre, les pieds du malade sont moulés. L'humidité du plâtre ayant ramolli l'épiderme, une ou deux cornes ont été entraînées par le moule.

Leur adhérence qui était intime au début est nulle aujourd'hui. Chaque corne ainsi détachée est creuse ; elle est exclusivement formée par une lame cornée mince par la base, beaucoup plus épaisse vers le sommet. Il s'agit d'une hyperkératinisation coïncidant avec une hypertrophie papillaire et se développant surtout aux points où le pied a été soumis à des frottements répétés, alors que le malade était bien portant et pouvait marcher.

La corne, au début, fait corps et partie intégrante avec le tégument, puis, au fur et à mesure que les couches cornées se multiplient, il se fait une séparation entre les couches kératinisées et les couches sous-jacentes. Cette séparation marche de la périphérie vers le centre où l'adhérence cesse en dernier lieu. C'est à ce moment que la corne tombe spontanément ou peut être enlevée facilement. La sensibilité est exquise au niveau de la saillie mamelonnée papillaire et de la zone cutanée qui l'entoure.

Le 25 septembre l'épiderme de la plante du pied s'est presque entièrement renouvelé et les productions cornées ne se sont pas reproduites.

Nous ne voulons pas revenir sur les considérations qui font suite à cette observation de M. Jacquet, elles sont pour la plupart contenues au cours de cette étude.

OBSERVATION X

(Résumée).

Troubles trophiques de la peau : cornes cutanées.

(Dr JEANSELME. *Presse médicale* 1895).

Un charretier de 24 ans, contracte pour la première fois une blennorrhagie légère qui guérit sans traitement au bout d'une quinzaine de jours. Une semaine environ, après le début, cet homme fut atteint de polyarthrite. Trois semaines après l'apparition de ce pseudo-rumatisme, le malade entre dans le service de M. Fernet pour une éruption qui couvrit les deux pieds.

Les orteils sont hérissés de véritables cornes : l'une d'elles qui occupait le dos du gros orteil gauche et qui s'est détachée récemment rappelle par sa forme et son relief un massif montagneux couronné de plusieurs pics. Quelques éléments semblables sont disséminés sur les bords interne et externe des deux pieds. La région plantaire est doublée dans la plus grande partie de son étendue par une semelle cornée dont l'épaisseur atteint près de un centimètre au niveau de la coque talonnière ; l'extrémité libre de la plupart des orteils est engainée dans un étui corné, qui empiète sur la matrice unguéale et détermine la chute des ongles. Tous ces amas cornés affectent sur les deux pieds une disposition manifestement symétrique.

Entre autres signes relevés sur le malade, il faut encore signaler une amyotrophie notable des masses musculaires des membres inférieurs et une exagération évidente des réflexes rotuliens.

Un mois environ après son entrée dans le service, toutes les productions cornées sont tombées, ou à peu près, mais l'écoulement urétral n'est pas tari.

Chez ce malade M. Jeanselmé, après avoir écarté l'idée d'une toxidermie médicamenteuse et l'hypothèse d'une syphilide tertiaire que rien ne justifiait, invoque comme cause productrice l'infection blennorrhagique. Pour lui, la dystrophie

tégumentaire, pourrait être due à la toxine gonococcique qui, ayant touché l'axe médullaire, aurait modifié son pouvoir trophique.

OBSERVATION XI

(Résumée).

Éruption généralisée et symétrique de croûtes cornées, avec chute des ongles, d'origine blennorrhagique coïncidant avec une polyarthrite de même nature. Récidive à la suite d'une nouvelle blennorrhagie, deux ans après la guérison de la première maladie.

(Dr VIDAL. *Ann. de dermat. et de syph.* 1893).

Alphonse C..., âgé de 24 ans, né de parents rhumatisants contracte le 23 février 1890, une deuxième blennorrhagie suivie d'accidents infectieux.

Dès les premiers jours d'avril, il se développe sur la peau de la région antérieure du genou droit, des croûtes cornées pour lesquelles il entra le 27 mai 1890 à l'hôpital Saint-Louis, salle Devergie, n° 44.

Le malade est pâle, amaigri, profondément cachectique, et condamné au décubitus dorsal par les souffrances prolongées d'une polyarthrite blennorrhagique. La pression sur le trajet de l'urèthre fait sourdre quelques gouttes de muco-pus.

La peau attire l'attention par une dermatopathie tout-à-fait insolite. C'est une éruption symétrique et généralisée de croûtes dures, cornées, sèches sans trace d'humidité ni de suintement. Ces croûtes sont d'autant plus abondantes qu'on se rapproche davantage des extrémités et surtout des extrémités inférieures.

La main droite est beaucoup plus envahie que la gauche, la face palmaire présente des croûtes d'un jaune brun, les unes isolées, les autres réunies, les unes aplaties, les autres saillantes, enchassées dans un épiderme très épais et présentant une très grande ressemblance avec la syphilide cornée.

Ces croûtes sont plus abondantes vers l'extrémité des doigts où elles se confondent et soulèvent l'ongle qui est déjà presque détaché. La pression fait suinter quelques gouttes de pus provenant du tissu sous-unguéal.

La main gauche ne présente que trois petites croûtes cornées jaunâtres sur la face palmaire, les croûtes soulèvent le bord libre des ongles des trois premiers doigts.

Sur les bras et les avant-bras, elles sont en général discrètes, on ne les trouve en groupe qu'au bord externe de l'avant-bras droit.

Sur la face antérieure du genou droit, les croûtes sont plus abondantes, plus volumineuses que sur le pourtour du genou gauche où l'on ne voit que de rares éléments.

Le pied droit est moins envahi que le gauche. La peau de la face dorsale des deux derniers orteils, est recouverte par une enveloppe cornée, l'extrémité des trois derniers orteils est coiffée par une calotte cornée qui commence à soulever les ongles, qui ne tardent pas à se détacher.

La face plantaire du pied est recouverte d'une croûte plus épaisse et plus dure sous le talon et à la base des orteils.

On retrouve sur le pied gauche les mêmes lésions, mais plus accentuées. Tous les ongles paraissent soulevés par une croûte encore plus compacte et plus épaisse.

Sur les régions antérieures de la poitrine, sur le dos, sur l'abdomen, on constate la présence de quelques petites croûtes qui ne dépassent pas la grosseur d'un grain de millet. Il en est de même pour la face, les oreilles et le cuir chevelu.

La sensibilité étudiée dans ses différents modes ne paraît pas modifiée.

Le 13 décembre, la peau a repris son aspect normal, sans apparence de cicatrice, ce qui indique que la lésion a été superficielle et n'a pas dépassé la couche papillaire.

Le 3 janvier, le malade quitte l'hôpital Saint-Louis, en état de reprendre ses occupations.

Deux ans après la guérison de la première maladie, Alphonse C..., voit sa dermatose cornée récidiver ainsi que ses arthrites, bien que l'examen microscopique confirme la guérison de la blennorrhagie.

M. Vidal, étant donnée l'apparence de l'éruption, particulièrement à la paume des mains et à la plante des pieds,

avait pensé à une syphilide cornée. Le traitement antisypilitique institué, n'amena aucune modification. Devant la récurrence de ces lésions, cet auteur, penche en faveur d'une manifestation directe de l'infection blennorrhagique.

Avec MM. Jeanselme et Jacquet, nous ne croyons pas à une gonococcie cutanée, les recherches de M. Sabouraud, dans ce sens, ayant été négatives, et nous considérons ces troubles trophiques comme d'origine médullaire. L'hydrothérapie froide, prescrite à ce malade par M. Jacquet, amena une *véritable résurrection*.

OBSERVATION XII

(Résumée).

Hémihypéresthésie névro-musculaire chez un arthro-blennorrhagique. — Insuffisance mitrale. — Alcoolisme.

(Dr JACQUET. Soc. méd. des Hôp., 15 juillet 1898).

V..., Irénée, 25 ans, vendeur de chaussures, entre le 1^{er} juillet 1898, salle Béhier, lit n° 4, pour des douleurs rhumatismales. C'est un nerveux, un alcoolique, un paludéen (plusieurs attaques) et un blennorrhagien.

A seize ans, eut sa première chaudepisse, sans complication.

A dix-neuf ans, une deuxième blennorrhagie accompagnée immédiatement de rhumatismes siégeant aux membres inférieurs avec *névrite du crural gauche*.

A vingt ans, un « échauffement » suivi d'une nouvelle crise de rhumatismes envahissant tout le corps.

A vingt trois ans, en juillet 1896, nouvelle blennorrhagie accompagnée de rhumatismes généralisés qui l'ont forcé à garder le lit pendant deux mois. Soigné à l'Hôtel-Dieu, on lui a trouvé une insuffisance mitrale.

Depuis le mois de septembre 1896, il a ressenti de temps en temps

des douleurs rhumatismales qui l'ont obligé de s'arrêter, un jour ou deux, à plusieurs reprises.

Enfin en juillet 1898, il a été pris d'une nouvelle atteinte de rhumatismes, sans cause particulière. Les douleurs ont apparu en premier lieu aux talons, puis ont envahi les membres inférieurs en entier. C'est ce qui a motivé son entrée dans le service.

État actuel. *Urèthre*. — L'expression de l'urèthre donne au méat une goutte de liquide blanchâtre.

Membres inférieurs. — Les talons, la plante des pieds, les articulations du tarse, du métatarse et des orteils, l'insertion de l'aponévrose plantaire, le tendon d'Achille, sont douloureux pendant la marche, des deux côtés ; cependant, à *droite*, la douleur, à la pression, est beaucoup plus forte qu'à gauche.

Les deux chevilles enflent après la fatigue.

Il existe un peu d'*hyperostose calcanéenne* du côté *droit*.

Les deux mollets sont variqueux. Leurs muscles sont douloureux à la pression, mais le mollet *droit* beaucoup plus que le gauche.

Les deux genoux sont douloureux, la douleur est sourde, elle existe même au repos, elle s'exagère à la marche ; tous deux présentent un peu d'hydarthrose froide.

À la palpation, le genou *droit* est plus douloureux que le gauche. Il est surtout sensible un peu en arrière du bord interne de la rotule. Le genou gauche a aussi son maximum de douleur au même point. Les nerfs cruraux sont hypersensibles, surtout le crural *droit*.

Les sciatiques sont aussi hypersensibles, le sciatique *droit* beaucoup plus que le gauche. Le sciatique poplite externe *droit* est aussi hyperesthésié.

Les muscles des cuisses sont tous douloureux, avec très nette prédominance à *droite*.

Depuis trois ou quatre jours, sudation exagérée des jambes et des pieds.

Tronc. — La pression dans les espaces intercostaux provoque de chaque côté une douleur vive, surtout forte dans les premier et septième espaces intercostaux.

Entre les deux chefs des sterno-cléido-mastoldiens, la pression provoque un clou névralgique beaucoup plus vif à *droite* qu'à gauche.

Les pectoraux, les sterno-cléido-mastoldiens et les trapèzes sont douloureux à la pression, mais la douleur provoquée à droite est nettement plus aiguë.

Face. — Tous les nerfs de la face sont douloureux à la pression, toujours avec prédominance de la douleur à *droite*.

Membres supérieurs. — De même que les membres inférieurs, les bras présentent de l'hyperesthésie neuro-musculaire, et là encore, la douleur est plus intense à *droite* qu'à gauche.

Peau. — La sensibilité cutanée est à peu près égale des deux côtés; s'il y a une petite différence, c'est en faveur du côté *droit*. La température locale est plus élevée à gauche qu'à *droite*. Cette différence de température s'accroît nettement lorsque le malade reste à découvert.

Organes sensoriels. — L'acuité auditive est sensiblement égale des deux côtés.

L'acuité visuelle est très diminuée pour l'œil *droit*, qui peut lire à peine à 15 centimètres. Le champ visuel de l'œil droit paraît être légèrement rétréci. Les réflexes pupillaires sont normaux.

CONCLUSIONS

I

Dans le blenno-rhumatisme, à côté des arthrites inflammatoires dues à la pullulation du gonocoque, ou de microbes associés, ou à l'action directe de toxines microbiennes, il existe des *arthropathies d'origine nécropathique*. Les *névralgies*, les *arthralgies*, les *troubles de la sensibilité* rencontrés dans le rhumatisme blennorrhagique permettent de songer assez légitimement à cette origine.

II

De même les *cornes cutanées*, les *amyotrophies*, qui accompagnent si souvent les arthropathies, doivent être rangées, avec elles, dans le groupe des *troubles trophiques* évoluant sous l'influence du système nerveux. Ces manifestations nerveuses remarquables par leur *généralisation*, et presque toujours par *leur symétrie* sont dues à une localisation du poison blennorrhagique sur la moelle ou sur les nerfs périphériques.

III

Le gonocoque de Neisser, comme d'ailleurs nombre d'autres germes pathogènes, est capable de produire des

toxines. Ces *toxines gonococciques* peuvent agir sur le système nerveux, y provoquer des lésions purement dynamiques, que les moyens d'investigation appliqués actuellement ne permettent pas d'apprécier.

IV

Pour nombre d'auteurs ces manifestations nerveuses sont en relation avec des altérations méningo-médullaires réelles ; mais, dans bien des cas, les lésions ne doivent pas être aussi étendues ni aussi profondes qu'on l'avait supposé, et on est en droit aujourd'hui de se demander s'il ne s'agit pas de troubles *plutôt dynamiques qu'organiques*. L'évolution des accidents, même graves, vers la guérison doit faire douter de l'existence d'altérations véritables du névraxe.

Vu le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le président de la thèse :

FOURNIER

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Achard.** Application des rayons de Röntgen à l'étude du rhumatisme déformant blennorrhagique. *Société médicale des hôpitaux*, juillet, 1896, p. 608.
- Félix Allard et Henry Meige.** Un cas de polynévrite consécutive à la blennorrhagie. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, mars 1898, p. 211.
- Amaral (Erasmio do).** Contribution à l'étude du rhumatisme blenn. *Thèse de Paris*, 1891.
- Richard d'Aulnay.** *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 25 décembre 1896.
- Gilbert Ballet.** Des déterminations cutanées de la blennorrhagie. *Revue de médecine*, 1885.
- Barrié.** *Méningo-myélite blennorrhagique*. Thèse de Paris, 1894.
- Bosc** *Thèse de Montpellier*, 1893.
- Brisson.** *Sciatique blennorrhagique*. Thèse de Paris, 1883.
- Charcot.** *Policlinique du Mardi*, juillet 1888, p. 505.
- Chauffard.** Infection blenn. grave, productions cornées de la peau. *Soc. méd. des hôp.*, avril 1897, p. 659.
- Dufour.** *Des méningo-myélites blennorrhagiques*. Thèse de Paris, 1889.
- Duval.** *Thèse de Paris*, avril 1899.
- Fournier.** Dictionnaire de Jaccoud, article *blennorrhagie*.
— De la sciatique blennorrhagique. *Union médicale*, 1868.
— Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. *Annales du derm. et de syph.*, 1869.
- Guiard.** Les complications locales et générales de la blennorrhagie aiguë et chronique chez l'homme.
- Hayem et Parmentier.** Manifestations spinales de la blennorrhagie. *Revue de Médecine*, 1888, p. 433.

- Hugounenq et Eraud.** *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. CXIII.
- Jacquet.** Recherches de clinique et de bactériologie sur le rhumatisme blennorrhagique. *Annales de dermat. et de syph.*, juin 1892, p. 681.
- Jacquet et Ghika.** Sur un cas d'arthro-blennorrhagisme avec troubles trophiques. *Société méd. des hôp.*, janvier 1897, p. 93.
- Jacquet.** De la talalgie blenn. *Soc. méd. des hôp.*, 5 mars 1897.
— Rhumatisme musculaire d'origine blennorrhagique. *Soc. méd. des hôp.*, 21 mai 1897.
— *Société médicale des Hôpitaux*, juillet 1898, p. 590.
- Jeanselme.** Troubles trophiques de la blennorrhagie. *Presse Médicale*, 1895,
- Gauthier (A).** Les toxines microbiennes et animales.
- Landouzy.** *Thèse d'agrégation*, 1880.
- Launois.** Arthropathies récidivantes ; amyotrophie généralisée, troubles trophiques multiples d'origine blennorrhagique. *Soc. méd. des hôp.*, 27 juillet 1899, p. 736.
- Lévy.** Des accidents nerveux au cours des arthropathies blennorrhagiques. *Thèse de Paris*, 1897.
- Milian.** Forme myélopathique du blenno-rhumatisme. *Presse médicale*, 29 avril 1899, p. 201.
- Panichi.** *Stettin Méd.*, 26 août 1899.
- Perrin.** Déterminations cutanées de la blenn. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1890 p. 773-859.
- Raymond (P.).** Les complications nerveuses de la blennorrhagie. *Gazette des hôpitaux*, n° 103, p. 957.
- Rendu.** De la présence du gonocoque dans les arthrites blennorrhagiques. *Société méd. des hôp.* mars 1893.
- Robert.** Troubles trophiques cutanées de la blennorrhagie. *Thèse de Paris*, 1897
- Roux et Yersin.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. II, p. 629-661.
— *Annales de l'Institut Pasteur*, t. III, p. 273-288.
- Sée (M.).** Le gonocoque. *Thèse de Paris*, 1893.
- Spillmann et Haushalter.** Contribution à l'étude des manifestations spinales un cours de la blennorrhagie *Revue de Médecine*, 1894, p. 651.
- Souplet.** La blennorrhagie, maladie générale. *Thèse de Paris*, 1893.
- Tixier.** *Thèse de Paris*, 1866.

Vidal. Eruption généralisée et symétrique de croûtes cornées avec chute des ongles d'origine blennorrhagique. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1893, p. 3.

Veillon. Le gonocoque. *Annales de dermatologie et de syph.* 1898, p. 28.

